

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

No

116

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Marcel PARIENTÉ

Né à Montpellier (Hérault), le 10 juillet 1902

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA BLENNORRAGIE

DANS SES RAPPORTS

AVEC LA GESTATION ET LA PUERPÉRALITÉ

ÉTUDE DE LA RÉACTION DE FIXATION DU COMPLÉMENT

Travail du Service du Professeur agrégé LÉVY-SOLAL

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1929

Année 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Marcel PARIENTÉ

Né à Montpellier (Hérault), le 10 juillet 1902

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA BLENNORRAGIE

DANS SES RAPPORTS

AVEC LA GESTATION ET LA PUERPÉRALITÉ

ÉTUDE DE LA RÉACTION DE FIXATION DU COMPLÉMENT

Travail du Service du Professeur agrégé LÉVY-SOLAL

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1929

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	ROUVIERE
Physiologie	CUNEO
Physique médicale	ROGER
Chimie médicale	STROHL
Bactériologie	DESGREZ
Parasitologie et histoire naturelle médicale	LEMIERRE
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT
Pathologie médicale	Marcel LABBE
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	LEGENE
Histologie	ROUSSY
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	TIFFENEAU
Thérapeutique	Maurice VILLARET
Hygiène et médecine préventive	LOEPER
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD
Pathologie expérimentale et comparée	MENETRIER
	RATHERY
Clinique médicale.	CARNOT
	BEZANÇON
	ACHARD
	WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	LERESBOULLET
Clinique et maladie des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD
	DELBET
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	BRANCA



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiat.
AUBERTIN . .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Path. chirurgicale.
BAUDOUIN . .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BROCQ	Path. chirurgicale.
BRULE	Pathologie médicale.
CADENAT . . .	Path. chirurgicale.
CHABROL . . .	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRE	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT . . .	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER . .	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expériment.
GATELLIER . . .	Path. chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER . .	Urologie.
HOVELACQUE . .	Anatomie.

MM.

HUTINEL . . .	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBE (Henri) .	Chimie biologique.
LARDENNOIS . .	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE . . .	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVY-SOLAL . .	Obstétrique.
LHERMITTE . . .	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
MERCIER (FERNAND)	Pharmacologie.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Path. chirurgicale.
MOURE	Path. chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PHILIBERT . . .	Bactériologie.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils . . .	Physiologie.
SEZARY	Dermatol. et syphilig.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL . . .	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

M.

NEVEU-LEMAIRE . .	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV.— AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE . . .	Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL HALLE		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543731_0066

A MON PÈRE

LE DOCTEUR MAURICE PARIENTÉ

MÉDECIN-CHEF DE SERVICE A L'HOPITAL CIVIL D'ORAN

Mon premier maître en médecine. Bien faible témoignage de ma vive reconnaissance pour tout ce qu'il a fait pour moi.

A MA FEMME

A MA BELLE-MÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A MON FRÈRE

A MES SCEURS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Je le remercie respectueusement de l'honneur qu'il m'a fait en acceptant la Présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEVY--SOLAL

ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

En témoignage de mon respectueux attachement et de mon affectueuse reconnaissance pour le précieux enseignement qu'il m'a donné.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN DALSACE

CHEF DE LABORATOIRE A LA MATERNITÉ
DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

Qui m'a aidé dans mes recherches avec une bienveillance aussi amicale que compétente.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. PARAF

CHEF DE CLINIQUE ADJOINT À LA FACULTÉ

Que je remercie bien vivement des précieux conseils qu'il m'a si aimablement prodigués.

A MES MAITRES
DE LA FACULTE D'ALGER

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE DOCTEUR BABONNEIX

M. LE DOCTEUR DEBRÉ

M. LE PROFESSEUR TEISSIER

EXTERNAT

1926 M. LE PROFESSEUR PROUST

1927 M. LE DOCTEUR BABONNEIX

1928 M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEVY-SOLAL

AVANT-PROPOS

Avant de commencer ce travail, nous tenons à remercier ici bien vivement notre Maître M. le Professeur agrégé LÉVY-SOLAL qui nous en a inspiré le sujet.

Au cours de nos années d'externat dans son service à la Maternité de l'Hôpital St Antoine, nous avons pu apprécier la valeur de son enseignement et les conseils éclairés qu'il n'a cessé de nous prodiguer avec un empressement bienveillant.

Nous tenons également à dire toute notre gratitude à MM. les Docteurs J. DALSACE et J. PARAF qui nous ont aidés si obligeamment dans l'exécution de notre travail.

Nous remercions enfin très cordialement tous ceux qui à des titres divers nous ont facilité notre tâche.

HISTORIQUE

Voilà plus d'un demi-siècle que la question des rapports de la gonococcie et de la puerpéralité a attiré l'attention des cliniciens.

Pendant longtemps on a méconnu l'influence réciproque de l'une sur l'autre et l'on a attribué systématiquement les accidents puerpéraux au streptocoque.

Une date importante, celle de la découverte du gonocoque par NEISSER en 1879, nous permet de diviser notre Historique en deux périodes :

1° Avant 1879

C'est en quelque sorte la période pré-bactériologique. Aussi les auteurs qui ont signalé la possibilité d'accidents puerpéraux liés à la blennorragie n'ont que plus de mérite à l'avoir fait en se basant uniquement sur les signes cliniques.

C'est d'abord un médecin anglais, GILES¹ en 1871, qui rapporte deux observations à ce sujet. Mais c'est en réalité NOEGGERATH², qui, l'année suivante, précise

1. GILES, Gonorrhea and Peritonitis (*British Med. Journ.* 1871) (p. 477).

2. NOEGGERATH, Latente gonorrhoe im Weiblichen Geschlechte. (Bonn. 1872.)

dans un travail remarquable ce point de la pathologie puerpérale. Il apporte 50 observations personnelles où il démontre la fréquence et la gravité des lésions blennorragiques pendant et après la grossesse; et il attire particulièrement l'attention sur la blennorragie latente chez la femme, cause de tous ces maux.

A part HENNING et MAC DONALD (1873) les idées de NOEGGERATH ne trouvent que peu de crédit. FRITSCH (1876) alla même jusqu'à soutenir que les accidents puerpéraux étaient exceptionnels chez les blennorragiques.

2° Après 1879.

Les recherches sont rendues plus faciles par la découverte de NEISSER. Aussitôt les travaux se multiplient et la question, un moment oubliée subit un regain d'actualité.

SAENGER¹ en 1886 apporte une confirmation des travaux de NOEGGERATH dans une communication au Congrès de la Société allemande de Gynécologie à Munich. L'auteur insiste sur la nécessité de distinguer les accidents blennorragiques qui surviennent pendant les suites de couches, accidents qu'il dénomme « puerpéro-gonorrhéiques », des accidents gonocoëciques vrais. Ses conclusions sont généralement admises, mais sont cependant vivement critiquées par certains auteurs et en particulier par KRONER² qui trouve mani-

1. SAENGER, Ueber die Beziehungen der gonorrhöischen Infection, zur Puerperalerkrankung (I^{er} Congrès de la société allemande de Gyn. Munich, 1886. Ref. im centralbl. für Gyn., 1886, p. 460.)

2. KRONER, Ueber die Beziehung der Gonorrhoe zu den Generationsvorgängen. (Arch. f. Gyn., 1887, t. XXXI, p. 252.)

festement élevé (75 %) le chiffre des malades blennorragiques atteintes de complications après leur accouchement.

Nous nous bornerons à citer les noms des auteurs, ayant contribué à éclairer cette importante question, entre autres, PENROZE (1890), ROSS, DOLÉRIS, VERCHÈRE, JULIEN, POZZI, REYMOND, VEZINAT, WERTHEIM, WINCKEL. Malgré cette multiplicité des travaux il semble cependant ressortir qu'on n'ait point exactement défini les rapports de la gonococcie et de la puerpéralité.

STEINBUCHEL¹ (1897), après une étude approfondie, trouve que l'influence de la gonococcie dans les suites de couches immédiates est peu marquée, alors qu'elle le serait davantage dans les suites éloignées. SCHUMACHER en 1896 rapporte dans sa thèse 10 observations de salpingites et paramétrites blennorragiques des suites de couches. BURR rapporte 3 cas d'infection puerpérale mortelle et VEIT des cas de péritonite ayant régressé rapidement. Les mémoires de CUMSTON (1899) et LEA (1900), les rapports de DOLÉRIS, MENGE et KRONIG au Congrès International de Médecine à Paris (1900) font mention des manifestations pathologiques de la gonococcie dans les suites de couches.

KROENIG étudie la question au point de vue bactériologique et décrit l'endométrite blennorragique puerpérale d'une façon précise. Ses recherches font l'objet d'un travail remarquable qu'il publie avec MENGE à Leipzig en 1897.

1. STEINBUCHEL, Zur frage des Einflusses der Gonorrhoe auf das Wochenbett und auf die Augenerkr der Neugeb. (Wiener Klin. Woch., 1892, n° 21 et 22.)

D'autres auteurs apportent une contribution à l'étude de cette importante question, mais c'est à FRUHINSHSOLZ de Nancy (1902) que revient le mérite d'avoir réuni dans sa thèse les différents travaux épars et d'avoir donné une étude aussi complète que possible des accidents puerpéraux blennorragiques.

AUDEBERT en 1903 fait paraître un article dans les Annales de Gynécologie. Il admet la possibilité des accidents blennorragiques mais ne les croit pas fréquents.

La question, depuis cette époque, semble ne plus susciter grand intérêt en France.

Par contre, à l'étranger, et en particulier en Allemagne et en Amérique, les travaux se multiplient.

FEIS publie un cas d'endométrite. Pour lui la blennorragie peut rester latente jusqu'au post-partum

KRAUSE rapporte un cas d'infection généralisée au cours des suites de couches.

LEPMANN pense que les suites de couches tardives sont plus troublées que le puerpérium immédiat.

MARTIN (1904) croit qu'on a exagéré l'influence néfaste de la blennorragie; la plupart des femmes suivies par lui n'eurent pas de fièvre et quelques unes qui avaient de la fièvre présentaient d'autres germes associés avec le gonocoque.

LÉOPOLD et MAYER pensent différemment et pour MAYER lui-même les manifestations graves des suites de couches avec température élevée n'autorisent pas à éliminer la blennorragie.

BRAUSER (1911) traite encore de la question dans

une communication à la Société Allemande de Gynécologie à Munich.

PRUSCHANSKAJA, la même année fait à ce sujet un travail assez complet dans sa thèse, et donne le chiffre de 30, 6 % comme accidents.

ROSE enfin, dans une discussion à la Société Obstétricale de Hambourg, soutient contre SCHOTMULLER et RUDER que le gonocoque seul est responsable des manifestations puerpérales.

Pas plus en Amérique qu'en Allemagne les opinions ne sont d'accord sur le rôle exclusif ou de premier plan joué par le gonocoque dans l'éclosion des accidents puerpéraux.

C'est d'abord la Société d'Obstétrique de New-York qui s'occupe de la question, à propos d'un rapport de STONE et MAC DONALD (1906)

EDGARD, JERWETT, GRANDIN, VOORHÉES pensent que le gonocoque influe peu sur les suites de couches et que s'il y a des cas graves c'est sans doute qu'il y a un autre germe.

MAC DONALD résume la question en disant que l'infection gonococcique est peu grave, mais qu'elle doit tout de même être surveillée en raison des complications possibles.

DANIEL LONGAKER (1907) et DAVIS (1908) croient à la gravité de l'affection.

HARRAR décrit des complications modérées avec température peu élevée pendant 5, 6 jours.

HUSSEY, SMITH, POWERS en 1911, HIRST et KING en 1912 estiment que la gravité des accidents est en rapport

avec la date récente de l'infection blennorragique.

C'est alors qu'en 1913, DUJOL (de Lyon) dans sa thèse inaugurale reprend et complète le travail de FRUHNSHOLZ. Il apporte une contribution très approfondie à l'étude des rapports de la blennorragie et de la puerpéralité et nous avons fait de fréquents emprunts à son œuvre au cours du travail qui va suivre.

Les conclusions de DUJOL sont les suivantes : « L'influence de la blennorragie sur la grossesse et l'accouchement est peu marquée; en ce qui concerne les suites de couches il y a lieu de distinguer :

A) Le puerpérium immédiat,

a) une grande partie des accidents graves attribués au gonocoque doit être due à d'autres germes et en particulier au streptocoque pyogène apporté du dehors. Il s'agit alors d'une hétéro-infection.

b) il existe pourtant des accidents d'auto-infection dus au gonocoque seul. En dehors de cas de septicémies et d'arthrites qui sont rares, ils se bornent à un retard de l'involution et à la transformation purulente des lochies, qu'accompagne parfois une fièvre éphémère, modérée, quelquefois tardive.

c) Même à ce degré les accidents ne sont pas la règle.

d) Cependant les malades qui présentaient avant leur grossesse des lésions annexielles ou pelvi-péritonéales, peuvent sous l'influence du froissement provoqué par l'accouchement être exposées à des accidents sérieux qui sont le résultat de leurs anciennes lésions.

B) Le puerpérium tardif.

Par contre nous croyons à la fréquence des lésions annexielles ou pelvi-péritonéales survenant tardivement et qui peuvent provoquer une stérilité passagère ou définitive ».

Depuis 1913 tant en France qu'à l'étranger, il semble que cette question des rapports de la gonococcie et de la puerpéralité ait été un peu délaissée, et c'est à peine si on trouve dans les revues scientifiques quelques communications éparses à ce sujet.

C'est pourquoi, notre Maître le professeur LEVY-SOLAL nous a demandé de bien vouloir reprendre cette question, de préciser le rôle et la fréquence du gonocoque dans les suites de couches et pour cela de profiter des méthodes modernes de diagnostic de la blennorragie.

CHAPITRE PREMIER

Fréquence du Gonocoque chez la femme enceinte.

Nous voulons dans ce chapitre seulement étudier la fréquence de la blennorragie chez la femme enceinte, nous réservant d'étudier dans les chapitres ultérieurs l'influence réciproque de la gonorrhée et de la gestation.

Il nous semble difficile de donner d'une façon précise un pourcentage de femmes enceintes blennorragiques. Très fréquemment en effet, la blennorragie, surtout chronique est méconnue chez la femme enceinte. Soit indifférence de la femme qui néglige de consulter, soit tendance du médecin à considérer comme normales les pertes blanches de la grossesse, on passe bien souvent à côté du diagnostic.

Dans certains cas, le diagnostic de la blennorragie est cliniquement évident, par exemple en présence d'une malade ayant une vulvo-vaginite, une uréthrite, une bartholinite, etc...

Dans d'autres cas les signes cliniques sont plus difficiles à mettre en évidence et demandent des re-

cherches un peu particulières surtout chez la femme enceinte. Il n'en reste pas moins vrai que le diagnostic clinique reste un diagnostic de présomption.

C'est donc au laboratoire que nous demandons un diagnostic de certitude. Deux méthodes s'offrent à nous : l'examen direct et son complément indispensable : la culture et les recherches humorales. Ce dernier point fera l'objet d'une étude spéciale dans un autre chapitre.

Bornons-nous pour l'instant à constater que le diagnostic bactériologique, comme le dit FRUHINSHOLZ « ne nous donne même pas un critérium infaillible; s'il est positif, on peut affirmer la blennorragie, mais s'il est négatif, on n'est pas autorisé à exclure l'infection gonococcique ».

Néanmoins, dans la pratique courante, il nous semble un moyen de diagnostic suffisant.

Nos recherches personnelles à la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine nous ont amené à un pourcentage sensiblement concordant avec celui des chiffres classiques.

C'est ainsi que sur 23 femmes enceintes présentant des signes cliniques de blennorragie, nous avons pu mettre en évidence 5 fois par l'examen direct le gonocoque, soit un pourcentage de 21, 7 %

C'est là un chiffre qui se rapproche de ceux qui semblent actuellement admis par tous, soit 20 à 25 %.

Voyons maintenant quelle peut être l'influence réciproque de la blennorragie et de la gestation, dans quelle mesure l'accouchement et les suites de couches peuvent être troublés par le gonocoque.

CHAPITRE II

Paragraphe premier

INFLUENCE DE LA GESTATION SUR LA BLENNORRAGIE

Presque tous les auteurs admettent généralement l'influence défavorable de la gestation sur la blennorragie. Il suffit en effet de lire quelques observations de femmes enceintes blennorragiques pour s'en convaincre.

Mais on est très souvent frappé de voir le début de la gestation coïncider avec les signes cliniques de la gonococcie.

Parfois il est vrai, on peut observer des cas où le coït fécondant a pu être en même temps infectant, mais il est fort probable que très souvent il s'agit d'une *blennorragie latente* dont l'état de gravidité a favorisé le réveil et lui a donné un véritable « coup de fouet ».

Quoiqu'il en soit, nous avons pu nous convaincre que la gestation aggrave sensiblement les manifestations blennorragiques.

C'est ainsi que sur 45 *malades* examinées nous avons noté les manifestations suivantes qu'il nous a été donné de rencontrer fréquemment associées, soit par ordre de fréquence :

35 cas de cervicite.

16 — d'urétrite

- 5 cas de vaginite granuleuse
- 4 — de vaginite simple
- 3 — de végétations
- 3 — d'arthrite
- 2 — de bartholinite
- 2 — de salpingite
- 2 — de cystite
- 1 — de pyélonéphrite.

Nous avons pu diviser nos malades en deux catégories, suivant qu'elles présentaient des signes d'une *blennorrhagie latente*, révélée par l'état de gestation ou bien des *lésions récentes* apparues au cours de la grossesse et manifestement aggravées par celle-ci.

Vingt de nos malades sur les quarante cinq examinées peuvent entrer dans la première catégorie. Ce sont celles qui présentaient généralement des pertes blanches et qui, à l'occasion de leur gestation, ont vu ces dernières augmenter et s'accompagner des signes classiques d'une *blennorrhagie réchauffée*.

Les vingt-cinq autres malades, au contraire, n'ont jamais présenté antérieurement à leur gestation des signes quelconques de blennorrhagie. Celle-ci est apparue presque toujours comme un épisode aigu au cours de leur état particulier subissant de ce fait une aggravation manifeste.

En résumé, que la blennorrhagie se soit montrée pour la première fois au cours de la gestation ou au contraire qu'elle ait été révélée par elle, nous avons toujours vu ses manifestations cliniques nettement aggravées.

Mais loin d'influencer au maximum la gonococcie dès les premiers temps, il ressort de nos observations que c'est plutôt dans les *deux ou trois derniers mois que la grossesse semble l'exacerber le plus.*

Précisons maintenant le caractère un peu particulier des différentes localisations de l'infection gonococcique au cours de la gestation.

Ces localisations peuvent se faire sur :

l'appareil génital

— urinaire.

Enfin à côté de ces manifestations locales il nous faudra parler des manifestations générales.

I. — Manifestations blennorragiques portant sur l'appareil génital

Si nous nous reportons un instant à la statistique précédente, nous voyons que la cervicite blennorragique occupe de beaucoup le premier rang. Il nous semble donc plus logique de préciser d'emblée ses caractères cliniques.

La *cervicite blennorragique* est en effet la manifestation la plus commune pendant la gestation, celle pour laquelle les malades viennent consulter et attirent l'attention du médecin.

Ce sont des femmes qui se plaignent d'avoir des « pertes blanches depuis leur grossesse », pertes qui en réalité tachent plus ou moins leur linge en jaune ou en vert.

Un interrogatoire minutieux chez toutes nos mala-

des et parfois le seul examen clinique nous ont permis de noter une exagération de tous ces symptômes à la fin de la gestation.

La sécrétion cervicale devient alors beaucoup plus abondante et en même temps plus virulente. Elle prend une coloration jaune verdâtre ou même franchement verdâtre; elle est épaisse, gluante, d'odeur fétide à certains moments et s'accompagne très souvent de rougeur de la face interne des cuisses et de l'anus. Cette inflammation des régions périvulvaires est d'autant plus marquée que la femme est moins soigneuse d'elle-même et par suite plus exposée à ces accidents locaux liés à une macération constante des tissus.

Le spéculum montre l'importance de cet écoulement purulent qui s'accompagne fréquemment d'un léger ectropion de la muqueuse cervicale.

Enfin, l'abondance des sécrétions est parfois telle qu'elle oblige les malades à se garnir plusieurs fois par jour.

L'on s'explique dès lors l'apparition des manifestations blennorragiques liées à cette hypersécrétion cervicale, en particulier la vaginite, plus souvent vaginite granuleuse, les végétations, les abcès des glandes de Bartholin.

Nous avons observé 4 cas de *vaginite simple*. Sur ces 4 cas, nous avons rencontré une fois le gonocoque et deux fois les malades avaient des gono-réactions positives. En outre, ces cas de vaginite étaient secondaires presque toujours à des signes de cervicite ou d'urétrite.

Mais pendant longtemps la vaginite blennorragique a été considérée comme primitive. Tels *Fristch* et *Saenger*, pour qui, le ramollissement des tissus vaginaux et par suite de la muqueuse cervicale, ordinairement impropre au gonocoque en raison de son épithélium pavimenteux, favoriserait la pénétration du gonocoque.

Nous avons de même observé 5 cas de *vaginite granuleuse*, sur lesquels nous avons rencontré avec certitude : 1 fois le gonocoque, 1 fois il était douteux, 2 fois il y avait des gono-réactions positives, 1 fois enfin tous les examens sont restés négatifs. Une telle statistique nous autorise à penser, contrairement à DOLÉRIS qui prétend n'avoir jamais rencontré le gonocoque, que la vaginite granuleuse est très souvent une manifestation de la blennorragie.

Il en est de même des *végétations*, des condylomes tantôt discrets, tantôt véritables choux-fleurs, qui atteignent les femmes enceintes blennorragiques. Leur siège habituel est à l'entrée du vagin, sur le pourtour de la vulve, parfois même sur le pourtour de l'orifice anal.

Chez une de nos malades (observation n° 14), chez laquelle le gonocoque a été mis en évidence, on a pu noter au moment de l'accouchement une prolifération excessive de ces végétations qui occupaient tout le pourtour de la vulve. Rapidement d'ailleurs elles ont régressé après l'accouchement. Cette régression du post-partum se rencontre assez fréquemment pour qu'on n'ait pas à intervenir.

Enfin 2 de nos malades ont présenté des *bartholinites* au cours de leur gestation (obs. n° 41 et 45). Toutes deux avaient des signes d'une gonococcie certaine. L'une d'elles (Obs. 41) avait une gono-réaction positive, mais chez les deux l'examen direct n'a pas permis de mettre en évidence le gonocoque.

Il n'en reste pas moins vrai que la bartholinite est considérée par presque tous les auteurs comme étant de nature blennorragique.

FEHLING croit que les abcès des glandes de Bartholin sont plus fréquents pendant la grossesse. A ce sujet, il est intéressant de noter que l'état de gravidité constitue un facteur aggravant et récidivant de cette affection.

L'une de nos deux malades (obs. 45) en est un exemple frappant : il s'agit d'une 5^e pare, qui, à chacune de ses grossesses antérieures a fait une poussée de bartholinite du côté droit. Chaque fois sa glande a acquis un volume plus grand pour atteindre celui d'un poing à la grossesse récente. L'abcès n'a été incisé qu'une fois au 7^e mois de la 4^e gestation. Il a été incisé à nouveau au 8^e mois de sa nouvelle grossesse, tant en raison des signes fonctionnels pour lesquels la malade était venu consulter (pesanteur, gêne à la marche) que dans un but préventif. Nous nous proposons d'ailleurs après l'accouchement de faire pratiquer une exérèse de la glande.

II. — Manifestations blennorragiques portant sur l'appareil urinaire

Les conditions anatomiques particulières de l'urèthre chez la femme expliquent la fréquence relative des complications urinaires.

C'est ainsi que chez 16 de nos malades nous avons pu noter des signes nets d'*urétrite*. Parfois elle a marqué seule le début de l'infection blennorragique, mais plus souvent elle s'est montrée associée à des signes de cervicite.

Rapidement d'ailleurs elle tend vers la chronicité en raison des nombreuses glandes qui s'ouvrent dans le méat et ces culs-de-sac glandulaires sont autant de refuges qu'affectionne particulièrement le gonocoque.

Très souvent, il suffit d'exprimer l'urèthre d'arrière en avant pour voir sourdre au méat une petite gouttelette de pus où le gonocoque sera facilement mis en évidence.

Ce dernier peut infecter secondairement la muqueuse vésicale, donnant alors lieu à des phénomènes de *cystite*. Nous en relevons deux cas au cours de notre étude (obs. n° 25 et 41).

Très souvent, la cystite gonococcique succède à une rétroversion de l'utérus gravide, son apparition étant favorisée par l'état de rétention vésicale. Ordinairement le gonocoque est facilement décelé dans le culot urinaire après centrifugation.

Mais la cystite n'est parfois que le premier stade

d'une infection plus haute des voies urinaires, infection d'autant plus marquée que la rétroversion utérine entretient plus longtemps la rétention vésicale. L'on comprend dès lors l'apparition de cas de *pyélite*, de *pyélonéphrite gonococciques* par infection ascendante.

Nous donnons ci-dessous une observation particulièrement intéressante en ce qu'elle montre la localisation successive des deux phénomènes :

Obs. n° 25. — *Rétroversion de l'utérus gravide à 3 mois. Cystite gonococcique. Pyélonéphrite consécutive. Gonocoque dans le culot urinaire. Gono-réaction positive. Guérison. Suites de couches normales. Gono-réaction négative après l'accouchement.*

Mme J... Angèle, 24 ans, 5^e gèste, entre à l'hôpital le 27 mai 1928 pour anurie au 3^e mois de sa grossesse. D. R. 14 février.

A. P. — A toujours eu des pertes blanches depuis sa première grossesse il y a 6 ans.

2 grossesses à terme : 2 enfants vivants (6 ans et 2 ans) bien portants.

2 fausses couches, l'une de 2 mois entre la 1^{re} et la 2^e grossesse, l'autre de 3 mois et demi, il y a un an. N'a jamais souffert pendant ses grossesses, mais pertes plus abondantes. pendant celles-ci. A toujours eu des suites de couches normales.

Depuis le début de la gestation actuelle a des pertes jaunâtres assez abondantes avec brûlures à la fin des mictions

Brusquement au 3^e mois de sa grossesse, présente des signes d'anurie pour lesquels elle est amenée à l'hôpital.

Examen d'entrée. — Abdomen volumineux, tumeur plus ou moins rénitente remontant à 21 cm. au-dessus de la sym-

physe. Au toucher : utérus en rétroversion complète. Le col est très en haut et en avant derrière la symphyse. On pratique un cathétérisme vésical qui ramène 2 l. 800 d'urine. L'évacuation de la vessie est suivie d'une douleur assez brusque lorsque la malade cherche à se redresser. A ce moment on s'aperçoit que l'utérus a repris sa position normale. Le fond utérin est à 12 cm.

Le lendemain (28 mai) la malade n'a pas uriné spontanément. Vessie distendue, utérus rétroversé. On sonde, l'utérus revient en bonne position.

Le 29 : on place une sonde à demeure.

Le 30 : on fait un examen d'urines qui sont troubles et laissent un dépôt. A l'examen direct : pyurie et bacillurie considérable. Dans le culot de centrifugation on trouve en outre de nombreux *diplocoques intra et extra-cellulaires* Gram 0. La culture a donné du bacille Gram 0.

Le 31 : on commence des lavages vésicaux au nitrate d'argent au 1/100^e. Ceux-ci sont rapidement suivis d'une grosse amélioration.

Le 1^{er} juin : prélèvement intra-cervical et uréthral : pas de gonocoque à l'examen direct. Par contre la *gono-réaction est fortement positive*.

Le 2 juin : la malade fait un frisson dans la nuit, suivi quelques heures après d'une élévation thermique à 39°, alors que, depuis son entrée, il y avait apyrexie complète.

Le lendemain, douleurs spontanées des deux régions rénales. La palpation y est très douloureuse surtout à droite. Le trajet des uretères est sensible à la pression.

Urines toujours troubles (entre 1 litre et demi et 2 litres par 24 heures). On remet la sonde à demeure qui avait été ôtée 48 heures.

Du 3 juin au 9 juin. — Température à grandes oscillations, progressivement ascendantes et descendantes.

Urotropine : 1 gr. 50 par jour.

Amélioration de l'état général.

Le 9 juin : la malade ne souffre plus du tout. Urines tout à fait claires.

Le 10 : on enlève la sonde à demeure. Température à 37° jusqu'au départ. Bon état général. Utérus en bonne position. Pas de troubles de la miction.

Le 14 : la malade quitte le service.

N'a pas été revue jusqu'à son accouchement.

Grossesse bien supportée. N'a plus souffert de brûlures aux mictions.

Entre à la Maternité le 11 novembre 1928 à 3 h. 30.

Examen d'entrée. — Enfant vivant. Tête en bas, engagée, dos à gauche. Dilatation complète. Rupture tempestive de la poche des eaux. A 3 h. 45, *accouchement spontané*. Garçon vivant, pesant 3.120 gr.

15 minutes après, délivrance naturelle complète. Placenta 550.

Suites de couches absolument normales. Lochies et involution normales.

Au 9^e jour, prélèvement intra-cervical et uréthral négatifs. Gono-réaction négative. Wassermann négatif.

Sortie le 11^e jour.

III. — Manifestations d'ordre général

La plus fréquente de ces localisations pendant la gestation est incontestablement *l'arthrite blennorragique*.

Nous en avons observé 3 cas sur 45 malades (obs. n^{os} 20, 27, 44).

Les deux premiers cas se rapportent à des formes de polyarthrite survenues en fin de gestation. Dans le

troisième au contraire, il s'agit d'une monoarthrite localisée à l'articulation coxo-fémorale et ayant précédé de peu la gestation. Elle n'est donc pas une manifestation propre à la gestation, mais on pourrait la considérer comme telle en raison de la gêne fonctionnelle importante suscitée par l'ankylose de la hanche au moment de l'accouchement.

Nos deux cas de polyarthrite se sont manifestés tout à fait au terme de la gestation. Cela n'a rien pour nous étonner, puisque nous avons déjà vu la sécrétion cervicale, témoin de l'infection gonococcique, subir à ce moment une véritable recrudescence.

Ce début *polyarticulaire* rappelle celui du rhumatisme articulaire aigu, mais en général, l'absence de signes généraux, l'inefficacité du traitement salicylé, et surtout les antécédents particuliers de la malade permettent de rattacher à sa cause véritable ce « rhumatisme gravidique ».

Ordinairement, ce sont des douleurs articulaires multiples qui ouvrent la scène. Les articulations sont peu ou pas modifiées extérieurement. Seuls les mouvements actifs ou passifs sont extrêmement douloureux. Très fugaces dans leurs localisations, les douleurs finissent par se localiser à une seule ou à deux articulations. Mais dans cette forme là, nous n'avons pas observé d'épanchement.

Les phénomènes douloureux persistent parfois au delà de l'accouchement mais régressent en général dans le post-partum; ou bien, après plusieurs jours, ils disparaissent spontanément avant l'accouchement. Les

signes généraux sont nuls et seuls les signes fonctionnels attirent l'attention. La mise en évidence du gonocoque dans les sécrétions cervicales viendra confirmer le diagnostic.

A côté de cette forme polyarthritique, nous avons pu observer une forme *monoarticulaire*, s'accompagnant rapidement d'ankylose.

Il s'agit d'une coxite gonococcique, sur laquelle MONDOR et d'autres auteurs ont insisté récemment. Nous rappellerons simplement que c'est une forme grave, débutant souvent d'une façon aiguë, par des signes généraux marqués, et précédés parfois de phénomènes polyarticulaires. Rapidement l'ankylose survient.

Si nous tenons à insister sur cette forme, c'est qu'elle intéresse particulièrement l'accoucheur en raison de la gêne fonctionnelle très grande résultant de l'ankylose de la hanche.

Une telle impotence est de nature à gêner l'accouchement et oblige les femmes à accoucher en position de Sims.

Nous publions ci-dessous l'observation d'une de nos malades atteinte d'arthrite coxo-fémorale.

Obs. n° 44. — *Coxite gonococcique. Ankylose de la hanche; abduction presque impossible; accouchement en position de Sims. Présence du gonocoque dans l'urèthre. Suites de couches normales.*

Mme B... Jeanne 2^e pare, 23 ans est admise à la salle de travail le 4 octobre à 9 heures. A ce moment, dilatation 1 fr., membranes intactes. Tête bien engagée, dos à droite, enfant vivant. Température et urines normales.

Ce qui frappe à l'entrée, c'est l'ankylose à peu près complète de la hanche gauche de cette femme. L'abduction est presque impossible; la flexion de la jambe sur la cuisse est très limitée. Raccourcissement du membre inférieur : 1 cm. et demi.

Le 4 octobre à 12 h. 15 : dilatation complète, rupture des membranes.

A 12 h. 25, *accouchement* naturel à terme dans la position de Sims. Naissance d'une fille vivante pesant 3.700.

A 13 h. : délivrance naturelle complète. Placenta 750 gr.

A. P. — Réglée à 13 ans assez irrégulièrement.

Mariée à 18 ans et demi. Dit avoir des pertes blanches depuis son mariage.

1^{re} grossesse en 1925 : à terme. Accouchée en ville, aurait fait de la température dans les suites de couches pendant une dizaine de jours(?). Sa petite fille âgée de 3 ans et demi aurait eu de l'ophtalmie, soignée et guérie à l'Hôpital des Quinze-Vingt.

A eu des pertes blanches très abondantes pendant sa gestation, surtout depuis le 7^e mois où son *mari contracte une blennorragie* pour laquelle il est soigné à St-Louis.

Pendant 3 ans, pas de nouvelle grossesse. Dans cet intervalle a toujours des pertes jaunâtres assez abondantes. Prend simplement chez elle des injections.

En août 1927, apparition de pertes purulentes verdâtres.

8 jours après, début aigu par une violente douleur dans la hanche gauche avec irradiation dans tout le membre inférieur. Elévation de la température à 39°, 40°. Les mouvements sont impossibles en raison de la douleur. Quelques jours après apparition d'une hydarthrose légère au genou du même côté. Se fait alors hospitaliser à St-Antoine chez le docteur Coyon où elle est traitée pendant 2 mois. On lui fait des injections de lait et de vaccin antigonococcique. Mais rapidement l'ankylose de l'articulation coxo-fémorale

survient, en même temps qu'apparaît un raccourcissement du membre. L'abduction de la cuisse sur le bassin est impossible. La flexion de la jambe sur la cuisse est elle-même très limitée. A la suite de son immobilisation prolongée a fait une escharre sacrée dont on aperçoit encore la trace

Quelques mois après sa sortie de l'hôpital est à nouveau enceinte. Pertes très abondantes au cours de sa grossesse. N'entre à l'hôpital qu'au moment de son accouchement.

Suites de couches absolument normales. Apyrexie complète. Lochies et involution normales.

Prélèvement au 6^e jour : introduction du spéculum impossible en raison de la non-abduction de la cuisse et des douleurs provoquées. Seul un examen du canal urétral est possible : on y trouve des *gonocoques* en extrême abondance.

Gono-réaction négative. Wassermann négatif.

Paragraphe II

INFLUENCE DE LA BLENNORRAGIE SUR LA GESTATION ET L'ACCOUCHEMENT

Si la gestation a une influence aggravante sur la blennorrhagie, par contre la blennorrhagie ne semble pas avoir une action aussi défavorable sur elle.

Et cependant certains auteurs tels que SAENGER, croient que la blennorrhagie a une *action abortive* aussi marquée que la syphilis.

Les chiffres publiés à cet égard par les auteurs accusent des différences considérables. Cela tient à ce qu'en matière d'avortement il est toujours difficile d'être fixé sur sa nature même et d'affirmer qu'il ne soit pas le résultat de *manœuvres criminelles*.

A ce sujet AUDEBERT a rapporté 2 cas d'avortements chez des femmes infectées de blennorrhagie, mais chez lesquelles il fut impossible d'affirmer que la maladie ait été cause de l'avortement. Dans le premier cas, dit AUDEBERT, on avait pratiqué très vraisemblablement des manœuvres abortives. Dans le second, c'est à la suite d'une chute violente que la malade a été prise de douleurs dans les reins et le lendemain se déclara-

rait une hémorragie abondante précédant de peu l'expulsion de l'embryon.

A côté de ces cas où le rôle du gonocoque a été douteux, il existe quelques observations d'*endométrite gonococcique* où le gonocoque a joué un rôle indiscutable. Entre autres les observations de MASLOWSKY¹, de DRAGHIESCU et SION MOSCHUNA² et celle de FABRE³.

Enfin, alors même que la blennorragie apparaîtrait comme la cause principale de l'avortement, il ne faudrait pas oublier de songer à la *syphilis*. Même en l'absence de réactions sérologiques positives, il faut toujours la soupçonner en présence de femmes blennorragiques présentant des avortements à répétition.

L'observation suivante montre combien il est parfois difficile d'accorder à l'une ou à l'autre une influence abortive prépondérante.

Obs. n° 32. — *Fausse couche de 2 mois et demi.* — 48 heures après apparition de pertes verdâtres abondantes. Gonocoque intra-cervical. Gono-réaction positive.

Mme C... Germaine, 22 ans, 7^e geste, entre à la Maternité le 20 mai 1928 parce qu'elle perd en rouge depuis 48 heures.

Le 22 mai, fait sa fausse-couche complète.

Pas de température.

Le 24 mai, apparition de pertes verdâtres très abondantes. Nous est signalée à ce moment.

Le 25, prélèvement intra-cervical. Au spéculum : col légèrement entr'ouvert laissant échapper des pertes puru-

1. MASLOWSKY, Monat. f. Geburt. U. Gyn., 1896.

2. DRAGHIESCU et SION, MOSCHUNA, Central f. Gynak, 1900.

3. FABRE, Ann. Soc. Obs. France, 1899.

lentes abondantes, épaisses et d'odeur fétide. Muqueuse cervicale irritée.

Présence de gonocoque très abondant dans le col. Rien dans l'urèthre.

La gono-réaction est fortement positive. Le Wassermann est négatif.

La malade sort le 30, apyrétique, ne souffrant pas et n'ayant plus que quelques pertes jaunes verdâtres.

A. P. — Réglée à 11 ans, toujours régulièrement.

Mariée à 16 ans. A été enceinte presque aussitôt.

1^{re} gestation : fausse couche de 5 mois.

2^e gestation : accouchement à 8 mois, suites normales. Enfant vivant âgé de 4 ans et demi.

3^e gestation : fausse couche de 2 mois.

4^e gestation : voit apparaître des pertes jaunes verdâtres abondantes, s'accompagnant de brûlures aux mictions. Va consulter à Lariboisière où on lui fait, sans doute en raison de ses antécédents, une série d'injections de sulfarsenol jusqu'au 7^e mois (?). Mène sa grossesse à terme. Accouchement spontané. Suites normales.

5^e gestation : A terme, suites normales.

6^e gestation : accouchement à 8 mois, suites normales.

Les pertes verdâtres sont apparues au cours de la 4^e gestation. Elles ont sensiblement augmenté au cours des 5^e, 6^e et 7^e gestations. Entre chacune d'elles, elles étaient toujours très abondantes et s'accompagnaient de phénomènes de cystite assez nets, avec prurit vulvaire obligeant la malade à prendre des bains de siège fréquents. A certains moments, odeur fétide des pertes.

En résumé, il s'agit d'une septième geste qui a fait 3 fausses couches, 2 accouchements prématurés et a eu 3 grossesses à terme.

Il nous est difficile ici de départager l'action prédominante de la blennorragie ou de la syphilis dans l'in-

terruption des diverses grossesses. Certes, les avortements à répétition sont un gros argument en faveur de la syphilis (malgré la réaction de Wassermann négative), mais par ailleurs cette malade a présenté une endométrite à gonocoques et une gono-réaction fortement positive traduisant une infection gonococcique certaine. Enfin, nous ne pouvons affirmer que ces avortements n'ont pas été le résultat de manœuvres abortives.

Il est donc impossible de se prononcer d'une façon absolue sur la cause déterminante des accidents survenus à cette femme.

Accouchement prématuré.

Peut-on accuser le gonocoque de provoquer un accouchement prématuré par rupture prématurée de la poche des eaux ? Nous ne le croyons pas.

Chez 21 femmes blennorragiques nous avons observé :

La rupture tempestive dans 15 cas.

La rupture précoce dans un cas (obs. n° 37).

La rupture prématurée dans un cas également (obs. n° 8).

Elle n'a pu être notée dans 4 cas.

Et sur nos 21 malades : 18 accouchèrent à terme, deux à 8 mois et demi et une à 8 mois.

Certains auteurs ont voulu faire jouer un rôle au gonocoque à cette occasion; nous ne voyons rien là qui s'écarte du schéma ordinaire de l'accouchement prématuré, puisque nous trouvons une explication de

ces phénomènes dans l'insertion vicieuse du placenta ou dans les présentations du siège.

Accouchement proprement dit.

Là encore on a signalé de la rigidité du col où une résistance plus grande des parties molles.

Voyons ce que nous a donné l'observation de plusieurs femmes blennorragiques :

Pour 7 primipares, une durée moyenne du travail de 17 heures environ.

Pour 11 multipares, une moyenne de 8 heures environ.

Ce sont là des chiffres tout à fait normaux.

Quant à la terminaison de l'accouchement elle s'est faite (sur 21 malades blennorragiques) :

20 fois spontanément.

1 fois il fallut faire une application de forceps.

Il s'agissait ici d'une primipare de 38 ans (observation n° 8), ayant eu une rupture prématurée des membranes, entravail depuis 38 heures et chez laquelle il fallut intervenir en raison de la modification des bruits du cœur. On ne saurait donc rendre en rien responsable le gonocoque d'une telle intervention, pas plus qu'on ne saurait lui attribuer une influence quelconque sur l'accouchement.

Par contre, il est des cas de dystocie imputables indirectement au gonocoque. Nous voulons parler des cautérisations cervicales par le *Filhos*. Untel sujet dé-

passé le cadre de notre travail, mais nous tenons cependant à signaler ces faits.

Le Filhos entraîne un état d'atrésie du col tel, qu'il constitue un obstacle à la marche normale du travail au moment de l'accouchement.

Paragraphe III

INFLUENCE DE LA BLENNORRAGIE SUR LES SUITES DE COUCHES

Nous n'aurons en vue ici que l'influence de la blennorragie sur les suites de couches immédiates. Ce sont celles que l'accoucheur peut suivre directement à l'hôpital. Les malades quittant la Maternité en moyenne vers le 12^e jour, nous sommes forcément moins bien renseignés sur leur puerpérium tardif.

Posons d'emblée les conclusions auxquelles nous sommes arrivés après avoir suivi pendant près d'une année des malades à la Maternité de l'hôpital St-Antoine.

Nos examens du post-partum portent sur 42 malades blennorragiques.

Sur ces 42 malades :

24 d'entre elles ont eu des suites de couches normales, apyrétiques, soit..... 57.1 %

13 ont fait de la température, soit subfébrile, soit plus franchement fébrile, généralement peu grave, et en rapport très souvent avec une endométrite coexistante, soit..... 30.9 %

5 enfin ont présenté des complications plus graves du puerpérium immédiat, soit..... 12.5 %

Notre méthode de travail a été la suivante.

1° Nous avons examiné pendant leur gestation des femmes suspectées cliniquement de blennorrhagie et nous avons essayé de confirmer le diagnostic par des recherches bactériologiques et humorales. Certaines femmes ont présenté du gonocoque à l'examen direct, d'autres ont eu des réactions humorales positives, d'autres enfin ont eu des examens négatifs.

Nous avons suivi ces femmes après l'accouchement pour voir dans quelle proportion leur puerpérium était troublé.

2° Chez toutes les accouchées présentant une élévation de température, si minime soit-elle, nous avons systématiquement pratiqué des prélèvements et des réactions humorales, dans le but de voir la fréquence avec laquelle la blennorrhagie est à l'origine de ces fièvres inexplicables.

3° Enfin et comme contre-épreuve, nous avons systématiquement recherché le gonocoque chez des accouchées apyrétiques, mais dont les antécédents pouvaient faire suspecter une blennorrhagie.

I. — Voyons d'abord comment se sont comportées dans les suites de couches les femmes atteintes de blennorrhagie pendant leur gestation.

Nous les diviserons en malades blennorrhagiques certaines, c'est-à-dire celles chez lesquelles on a pu mettre en évidence le gonocoque ou encore celles qui ont pré-

senté des gono-réactions positives; et en malades blennorragiques probables, c'est-à-dire celles dont tous les examens sont restés négatifs, mais dont les signes cliniques sont en faveur d'une blennorragie très probable.

a) **Malades blennorragiques certaines.** — Nous avons examiné pendant leur gestation 23 femmes. Sur ce nombre, nous avons trouvé du gonocoque chez 5 d'entre elles et chez 2 autres, après l'accouchement seulement. 4 ont eu une gono-réaction positive soit avant, soit après l'accouchement.

Au total : 11 malades certainement blennorragiques. Voici comment elles se sont comportées au cours des suites de couches :

Température. — 9 n'ont pas eu du tout de température (obs. n° 4, 6, 17, 18, 25, 27, 31, 37, 41).

2 ont eu une réaction fébrile. Chez l'une d'elles, elle coïncidait avec un abcès amygdalien (obs. n° 8).

Lochies. — 8 fois les lochies furent normales.

2 fois franchement purulentes (obs. n° 8 et 27).

1 fois légèrement purulentes.

Involution. — 9 fois elle fut normale.

2 fois il y eut subinvolution.

Complications. — 10 fois aucune complication du puerpérium immédiat.

1 fois une salpingite tardive (au 21^e jour), (obs. 37).

b) **Malades blennorragiques probables.** — Quant aux 12 autres malades très probablement blennorragiques,

3 d'entre elles n'ont pas été revues après l'accouchement.

Aucune des 9 autres n'a présenté de gonocoque à l'examen direct soit avant, soit après l'accouchement.

Au point de vue des suites de couches, elles nous ont donné les résultats suivants :

7 ont été apyrétiques.

2 ont eu une température subfébrile (obs. 39 et 40).

Les lochies ont été normales chez 7 d'entre elles, 2 fois elles n'ont pu être notées ainsi que l'involution.

4 fois l'involution fut normale. 2 fois il y eut subinvolution. 1 fois l'involution a été retardée.

On n'a pas noté de complications des suites de couches immédiates.

II. Nous allons maintenant voir dans quelle proportion nous avons rencontré le gonocoque chez des femmes dont les suites de couches ont été fébriles.

Notre étude porte sur 15 malades examinées uniquement dans les suites de couches. Ces malades ont été vues en raison de leur température tantôt subfébrile, tantôt nettement fébrile et ne pouvant être cliniquement rapportée à une cause quelconque.

Des examens systématiques nous ont permis de mettre en évidence le gonocoque en un point quelconque du tractus génital 12 fois sur 15, et ce à l'exclusion d'autres germes tels que le streptocoque ou le staphylocoque.

Comment se sont comportées ces 12 malades blennorra-

giques ? — Si nous les examinons en bloc, nous voyons d'abord que 9 d'entre elles ont eu des suites de couches fébriles et 3 une température subfébrile.

4 seulement ont eu des lochies normales, mais chez 2 il y eut subinvolution.

2 fois elles ont été légèrement purulentes avec une involution normale.

6 fois enfin les lochies ont été nettement purulentes (avec subinvolution dans 4 cas).

En résumé l'involution a été normale chez 5 malades; chez 6 il y eut subinvolution; une fois elle n'a pu être notée.

Enfin il est à noter que 5 de ces malades ont présenté des complications du puerpérium immédiat, à savoir :

1 fois une bartholinite

3 fois des salpingites précoces.

1 fois une bartholinite.

1 fois une arthrite à épanchement purulent. (obs. 19).

III. — Enfin nous avons recherché le gonocoque chez des femmes accouchées apyrétiques dont les antécédents pouvaient faire suspecter une blennorragie.

Sur 7 femmes, nous avons pu caractériser 3 fois le gonocoque et chez 2 autres nous avons eu des gonoréactions positives.

En tout 5 femmes blennorragiques.

Chez 2, les lochies ont été normales, purulentes chez les 3 autres.

Leur involution a été normale et l'on n'a noté aucune complication du puerpérium immédiat.

Quelles sont les complications que nous avons observées?

Elles sont, les unes *légères*, peu graves; ce sont les plus fréquentes. Nous les avons rencontrées dans 30,9 % des cas; les autres *plus graves* mais aussi plus rares (dans 12,5 % des cas).

Les premières s'accompagnent du minimum de signes fonctionnels et généraux : le type en est l'endométrite pure.

Les secondes se manifestent par des signes généraux marqués et parfois par des atteintes fonctionnelles définitives, par exemple la salpingite, l'arthrite.

I. Complications légères

Elles sont représentées à peu près uniquement par : *l'endométrite gonococcique*.

C'est de beaucoup la complication la plus fréquente. « Elle est en quelque sorte, dit FRUHINSHOLZ, le pivot de toutes les complications blennorragiques de la puerpéralité ».

Cliniquement, elle se manifeste par deux symptômes principaux : la purulence des lochies, la fièvre. Sa date d'apparition est tantôt précoce, dès le 3^e ou le 4^e jour après l'accouchement, tantôt plus tardive vers le 7^e ou 8^e jour. Nous l'avons vu apparaître une fois le 16^e jour.

Les lochies, normales les premiers jours, deviennent peu à peu sanguinolentes, puis séro-purulentes et enfin franchement purulentes. Parfois leur transformation purulente se fait plus rapidement. Elles sont plus abondantes que normalement et n'ont aucune odeur spéciale. Leur réaction est nettement alcaline.

Cette purulence des lochies s'accompagne d'un retard dans la descente utérine ou plus exactement de subinvolution.

On voit ainsi le fond utérin, vers le 12^e ou le 15^e jour, déborder de 3 ou 4 travers de doigts la symphyse pubienne. Cette subinvolution régresse d'ailleurs dans les semaines qui suivent.

Mais la purulence des lochies ne s'accompagne pas forcément de subinvolution et nous avons observé plusieurs femmes dont l'involution utérine s'est faite normalement malgré des lochies franchement purulentes.

Quant à la fièvre, elle peut manquer et ce sont précisément ces cas-là qui passent inaperçus si l'on ne prend soin de surveiller attentivement chaque jour l'état des lochies et l'involution.

Le plus souvent l'endométrite gonococcique s'accompagne d'une poussée fébrile.

Il semble difficile d'assigner à la courbe thermique des caractères vraiment spécifiques. Certains auteurs ont parlé de fièvre fugace, éphémère, ne durant qu'un jour ou deux. Chez plusieurs de nos malades nous avons observé de telles élévations thermiques aussi brusques dans leur apparition que dans leur disparition. Ces fièvres « en clocher » sont en général tardives, vers le

6^e, 8^e jour, et ne s'accompagnent d'aucun trouble de l'état général.

Cependant, l'examen comparé de toutes les courbes thermiques chez nos malades nous permet de penser que la fièvre affecte en général un des deux types suivants :

a) *Un type fébrile à « clochers successifs »*. — Ceux-ci sont très souvent progressivement ascendants et descendants. La fièvre apparaît généralement dans les deux ou trois premiers jours qui suivent l'accouchement et monte par échelons progressifs jusqu'à 39°, 39°5, pour redescendre ensuite à la normale.

Cette poussée thermique ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel. Tout au plus les malades se plaignent-elles de quelques vagues douleurs abdominales. La palpation permet de sentir un utérus qui reste gros et douloureux. Les lochies sont parfois un peu fétides. Il n'y a pas de dissociation du pouls et de la température. Mais au bout de quelques jours, les lochies deviennent purulentes et dans ces cas le prélèvement intra-cervical montre fréquemment du gonocoque à l'examen direct. Cette purulence des lochies s'accompagne très souvent de subinvolution utérine.

b) *Un type « subfébrile continu »*. — Ici, contrairement au type précédent, la température dépasse rarement 38°, 38°4. Elle oscille entre 37° et 38° ou bien se maintient assez longtemps aux environs de 38° avec des écarts très minimes. Cet état subfébrile se prolonge pendant plusieurs jours et s'accompagne presque

toujours de purulence des lochies. L'état général n'est pas touché.

En résumé, dans ces deux types de température, les signes fonctionnels sont réduits au minimum et seuls des examens bactériologiques ou humoraux permettent de rattacher à leur cause véritable ces fièvres inexplicables.

II. Complications plus graves

Si l'endométrite gonococcique s'accompagne de signes physiques ou généraux peu graves et ne troublant en rien la vie de la malade, on ne saurait en dire de même des complications ayant dépassé le domaine utérin.

L'infection gonococcique peut gagner les trompes et provoquer alors des lésions dont le danger immédiat n'est peut-être pas très grand, mais dont les séquelles ont une importance considérable par la stérilité qu'elles entraînent.

A un degré de plus, le gonocoque peut passer dans la circulation générale et se localiser sur les différentes séreuses de l'organisme mais avec une prédilection particulière pour les articulations.

Enfin le gonocoque peut s'associer au streptocoque et déterminer alors des septicémies très graves. Hâtons-nous de dire que ces formes d'une gravité toute particulière sont exceptionnelles.

A) Complications locales

1° La salpingite gonococcique

Il y a lieu de distinguer tout d'abord la salpingite précoce survenant dès les premiers jours des suites de couches et la salpingite tardive survenant plusieurs semaines après l'accouchement.

Salpingite précoce. — Nous en avons observé 2 cas (obs. nos 1 et 14) sur 42 malades. Dans les 2 cas, les réactions salpingiennes ont succédé à des accouchements normaux et les deux malades dont il s'agit sont des primipares.

Chez la première, la salpingite survint le 4^e jour, accompagnée de signes généraux très marqués. Chez la seconde elle se manifesta également le 4^e jour.

Ce qui nous permet d'attribuer à ces annexites une origine très certainement gonococcique, c'est d'une part qu'on ne peut leur imputer une cause obstétricale puisqu'il s'est agi dans les 2 cas d'accouchements normaux, mais surtout que ces malades présentaient des signes cliniques très nets de gonorrhée (endométrite et cervicite chez l'une, endométrite et végétations vulvaires abondantes chez l'autre) auxquels se sont joints des examens bactériologiques et humoraux très nettement positifs.

La symptomatologie rappelle celle de toutes les complications annexielles, cependant, en raison de l'état de puerpéralité, il semble que le début soit marqué par des signes généraux plus bruyants. En parti-

culier il y a une ascension brusque de la température à 39°, 39°5 accompagnée de frissons et de violentes douleurs dans la fosse iliaque.

La température reste très élevée ou au contraire prend un caractère à oscillations. Le pouls reste en concordance avec la température. Le toucher permet de localiser la lésion annexielle et d'en apprécier le volume.

En général, il y a endométrite concomitante et la recherche systématique du germe en cause permet de déceler très souvent le gonocoque dans les lochies intra-cervicales. De même la gono-réaction se montre fréquemment positive dans ces atteintes génitales profondes.

Ordinairement, sous l'influence d'une thérapeutique appropriée, on voit rétrocéder assez rapidement les signes physiques et généraux. Mais très souvent ces premières atteintes entraînent de nouvelles poussées au cours d'accouchements ultérieurs.

Salpingite tardive. — Devant les difficultés de suivre les malades d'hôpital dans leurs suites de couches tardives, il nous est impossible d'apporter ici une statistique quelconque concernant la fréquence de ces lésions. Néanmoins nous avons pu suivre l'une d'entre elles assez régulièrement (obs. 37).

Il s'agit d'une tertipare chez laquelle nous avons pu caractériser le gonocoque avant et après l'accouchement dans le col et dans l'urèthre. Le puerpérium immédiat a été parfaitement normal et apyrétique. Les lochies sont devenues purulentes le 11^e jour, époque à laquelle la malade quitte le service.

Trois semaines après son accouchement, elle revient nous voir parce qu'elle souffre du bas-ventre. Traitée par un vaccin antigonococcique, nous avons vu disparaître totalement la masse salpingienne et depuis ce moment (il y a maintenant 4 mois) la femme n'accuse plus aucun phénomène douloureux.

2° *Bartholinile*

C'est une complication rare de la puerpéralité. Lorsqu'elle se manifeste elle est en général précoce et s'accompagne de signes généraux marqués.

C'est ainsi que chez une de nos malades (obs. n° 15) une bartholinite s'est déclarée le 3^e jour avec ascension thermique à 39°. Rapidement l'abcès s'est collecté et a pu être incisé dès le lendemain. Malheureusement, tout ceci ayant été fait en ville, nous n'avons pu opérer tous les examens voulus. Ce n'est qu'au 13^e jour que des examens bactériologiques nous ont permis de mettre en évidence le gonocoque dans l'urèthre mais pas dans le col.

B) **Complications générales**

La plus fréquente des localisations est incontestablement l'*Arthrite puerpérale*; mais comparée aux autres complications graves du post-partum elle est plus rare, puisque nous n'en avons observé qu'un cas sur 42 malades, soit 2 % environ des cas observés.

Il n'est pas dans nos intentions de reprendre par le

détail la symptomatologie de toutes les formes d'arthrites puerpérales dont HÉBERT¹ a donné un aperçu complet dans sa thèse récente. Mais nous tenons simplement à insister sur quelques points particuliers.

La forme la plus communément rencontrée est la *forme mono-articulaire pseudo-phlegmoneuse*, apparaissant dans les premiers jours qui suivent l'accouchement.

Le début est en général aigu, la localisation articulaire très précoce, les signes généraux très marqués. Rapidement l'épanchement se forme, presque toujours purulent.

Le diagnostic de certitude se fera par la ponction intra-articulaire qui ramène un pus où le gonocoque est facilement mis en évidence. Sa pureté et son abondance extrêmes permettent dans ces cas de le cultiver assez facilement comme nous l'avons obtenu chez notre malade.

A la ponction on joindra toujours la recherche du gonocoque dans les sécrétions cervicales, vaginales ou uréthrales. Mais ici il nous semble que dans ces formes d'arthrites purulentes, le gonocoque est très rarement mis en évidence dans le tractus génital, comme si le germe avait déserté le domaine utérin pour se porter en masse vers l'articulation. Ce point intéressant mérite d'être infirmé ou confirmé et nous nous proposons d'approfondir nos recherches dans ce sens.

1. HÉBERT, Les Arthrites de la Puerpéralité (Arnette, éditeur 1928).

Nous donnons ci-dessous l'observation complète de notre malade :

Obs. n° 19. — *Arthrite pseudo-phlegmoneuse du poignet droit ayant débuté 5 jours après l'accouchement. Gonocoque intra-articulaire. Culture positive. Pas de gonocoque dans les sécrétions cervicales. Guérison presque complète.*

Mme L... Andrée, 21 ans, 2^e pare, entre à la Maternité le 10 mai 1928, ayant accouché en ville chez une sage-femme agréée depuis le 2 mai.

Renseignements fournis par la sage-femme : accouchement spontané à terme, fille vivante pesant 2.900 gr. Délivrance naturelle complète (placenta non pesé).

Pas de température dans les jours qui suivent l'accouchement.

Le 5^e jour la malade ressent quelques vagues douleurs au niveau du poignet droit et les mouvements sont douloureux. Les jours suivants les douleurs deviennent plus aiguës, la fièvre apparaît et celle-ci monte par échelons progressifs jusqu'à 40° le 10 mai, jour de l'hospitalisation.

A ce moment, on se trouve en présence d'une malade ayant une arthrite typique du poignet droit.

A. P. — Réglée à 14 ans, toujours régulièrement.

Depuis son mariage, a des pertes jaunâtres abondantes.

Enceinte peu après, mène sa première grossesse à terme, suites de couches normales.

Pendant sa gestation, pertes abondantes avec brûlures aux mictions.

Tous ces caractères s'accusent à sa deuxième grossesse (actuelle) : pertes plus abondantes, surtout vers la fin, jaunes verdâtres et tachant fortement le linge.

Examen d'entrée (10 mai).— Malade hyperthermique se plaignant de vives douleurs à son poignet droit. Le mou-

dre geste, le moindre effleurement suffisent à les provoquer. Le membre supérieur repose sur le plan du lit en demi-flexion; l'impotence fonctionnelle est quasi-complète en raison de la douleur.

Poignet globuleux, œdème luisant, rouge, semé de soulèvements phlycténoïdes, occupant le tiers inférieur de l'avant-bras et toute la main. Doigts boudinés, semi-fléchis et immobiles. En somme *arthrite d'aspect pseudo-phlegmo-neux*.

On ponctionne l'article à l'aide d'une aiguille assez grosse. On retire environ 10 cm³ d'un liquide verdâtre très épais.

L'examen direct a montré de *nombreux polynucléaires peu altérés avec nombreux diplocoques Gram 0 intra et extra-cellulaires*. La culture faite sur milieu spécial au testicule de aureau a donné du gonocoque parfaitement pur.

Aussitôt après la ponction, on injecte dans l'articulation 10 cm³ de sérum anti-gonococcique.

Par ailleurs involution normale, lochies légèrement purulentes.

Le 12 mai : état stationnaire. Température toujours élevée. Nouvelle injection de sérum intra-articulaire. Mais il est difficile d'atteindre les petites articulations qui sont prises. On fait de plus, 40 cm³ de sérum intra-musculaire.

13 mai : l'enflure prédomine au niveau des petites articulations carpiennes et métacarpiennes. Les articulations des doigts sont prises à leur tour. La radio-carpienne est plus libre. On ne fait pas de nouvelle injection intra-articulaire : on juge en effet impossible d'aller directement atteindre ces polymicroarthrites suppurées. — 60 cm³ sérum intra-musculaire.

14 mai : température toujours entre 39 et 40°. Localement pas de gros changement.

On décide de faire du *sérum antigonococcique intra-veineux*. On dilue alors 20 cm³ de sérum dans 250 cm³ de sérum

physiologique. On injecte très lentement. Durée de l'injection une demi-heure. Quelques petits frissons pendant l'injection. Le soir la température monte à 40°. Dans la nuit la malade a des vomissements.

15 *mai* : température 38° 5 le matin. Quelques vomissements au réveil.

Localement l'œdème persiste assez prononcé, la palpation est moins douloureuse, 20 cm³ sérum intra-veineux, et 20 cm³ intra-musculaire.

16 *mai* : même thérapeutique.

Gros frisson au moment de l'injection intra-veineuse et grosse réaction thermique le soir à 41°2.

17 *mai* : chute brusque de la température à 36°8. Aucun trouble subjectif. Un peu de diarrhée.

L'œdème du poignet et de l'avant-bras a diminué. Phénomènes douloureux moins accusés. La malade arrive à mobiliser partiellement les doigts. Sérum intra-veineux et intra-musculaire; température le soir 37°6.

18 *mai* : température le matin 36°4. A ce moment, la malade est dans un état de somnolence assez marqué avec pâleur de la face. Cependant la respiration reste calme; pouls régulier bien frappé à 78.

Localement l'œdème a encore régressé et la malade dit ne plus souffrir.

On refait : sérum intra-veineux et intra-musculaire. Pas de shock. Le soir hyperthermie à 41°.

19 *mai* : température du matin : 38°. L'amélioration locale continue. L'œdème a presque totalement disparu au niveau du bras et de l'avant-bras; il persiste encore au poignet et à la main.

Les mouvements actifs de l'articulation deviennent possibles quoique limités et très douloureux.

Les mouvements passifs sont moins douloureux. On arrête les injections de sérum.

20 mai : crochet à 39°2 en rapport avec la suppuration des fistules créées par les ponctions antérieures. Ecoulement d'un pus jaune verdâtre.

Le lendemain et les jours suivants, la température descend progressivement à 37° pour s'y maintenir désormais.

Les fistulettes se tarissent rapidement.

26 mai : on pratique un *prélèvement intra-cervical* (la malade s'y étant opposée jusqu'à ce jour) : *l'examen direct et la culture sont restés négatifs*.

L'œdème disparaît chaque jour davantage. Le 30 mai on commence à mobiliser l'articulation.

1^{er} juin : radiographie du poignet qui ne décèle aucune lésion appréciable.

La mobilisation méthodique et quotidienne de l'articulation entraîne une aptitude fonctionnelle chaque jour plus grande.

Malheureusement il ne nous a pas été possible de persévérer, la malade ayant tenu à quitter le service pour des raisons personnelles.

Malgré tout il nous est permis de penser, à en juger par l'état de l'articulation au moment de son départ, qu'on aurait pu obtenir dans le cas particulier une véritable « *restitutio ad integrum* ».

C) Enfin une complication exceptionnelle et redoutable par son extrême gravité : *l'association du gonocoque et du streptocoque*.

Chaque microbe exalte mutuellement sa virulence, mais les accidents graves auxquels ils donnent lieu sont plus le fait du streptocoque que du gonocoque, et c'est précisément à propos de ces accidents qu'on a pu dire que « le gonocoque fait le lit du streptocoque ».

Les accidents observés sont en général des signes d'endométrite graves avec atteinte profonde de l'état général et mort très rapidement, ou bien des signes de septicémie d'emblée non moins rapidement mortels.

CHAPITRE III

Recherches Bactériologiques

Le gonocoque.

La découverte du gonocoque par Neisser en 1879 marque une date dans l'histoire de la blennorrhagie. Et de fait, le diagnostic est basé entièrement sur la présence du gonocoque dans les produits examinés.

Nous passerons rapidement sur les caractères morphologiques bien connus du gonocoque. Sur les préparations il se présente sous forme d'un diplocoque dont chaque portion s'oppose à l'autre par sa face concave et lui donne l'aspect en grain de café. Rarement isolé, il se groupe en amas de 4, 8, 10 éléments et parfois plus. Ce groupement en amas est caractéristique.

La situation du gonocoque par rapport aux cellules et aux leucocytes n'est pas moins caractéristique. Très souvent elle suffit à elle seule à faire le diagnostic.

Lorsqu'on examine un pus blennorrhagique, on est frappé en effet par la situation intra-cellulaire du gonocoque. Mais cette situation peut varier suivant que le prélèvement a été fait tout au début de la maladie ou

plus tardivement. En effet, au début les gonocoques sont rares, isolés, et disposés en petits amas entre les cellules. Quelques-uns cependant sont déjà intra-cellulaires. Plus tard, les polynucléaires sont littéralement bourrés de diplocoques, donnant à la préparation un aspect nettement caractéristique.

Coloration.

Le colorant de choix est le bleu de méthylène. C'est aussi le plus simple. C'est celui que nous avons constamment employé pour nos préparations¹.

Le gonocoque se teinte fortement en bleu et se détache très nettement des autres éléments de la préparation. Mais pour si typiques que soient les diplocoques que l'on a sous les yeux, il faut toujours faire un *Gram*.

L'on sait en effet que le gonocoque a pour propriété essentielle de se décolorer facilement par l'alcool absolu et de ne pas garder le *Gram*. Il est facile alors de le mettre en évidence à l'aide d'un colorant de fond, du Ziehl dilué par exemple. Tous les microbes *Gram* positifs sont colorés en violet, tandis que le gonocoque apparaît en rose.

Tout examen direct devra donc comporter obligatoirement un bleu et un *Gram* et nous accordons à cette recherche une valeur presque absolue quant à l'affirmation du diagnostic.

1. Nous remercions ici particulièrement Mme Miller, infirmière du Laboratoire de la Maternité, qui nous a aidé si complaisamment au cours de notre travail.

Culture.

Si l'examen direct permet une identification rapide du gonocoque, on ne saurait malheureusement en dire autant de la culture. C'est ainsi que Basset et Poincloux, dans un article récent, prétendent n'avoir obtenu que 3 cultures positives sur 152 examens. Néanmoins, la culture doit rester le complément indispensable de la recherche sur lames.

Mais on se heurte en pratique à des difficultés considérables, tant en raison des manipulations délicates que nécessite le gonocoque que des milieux spéciaux qu'il réclame.

Les milieux proposés pour la culture du gonocoque sont innombrables et cette multiplicité à elle seule suffirait à prouver les difficultés rencontrées par les expérimentateurs. Chaque auteur a voulu faire de son milieu un milieu *spécifique*; en fait nous ne croyons pas qu'il existe à l'heure actuelle un milieu réellement sensible et suffisamment spécifique pour être adopté par tous.

Nous ne ferons que rappeler brièvement les différents milieux employés à ce jour et dont *Giscard* a donné un aperçu complet dans sa thèse.

Les principaux milieux préconisés sont les suivants¹ :

1. Gélose ordinaire acide.
2. Milieux à base de sérosité des épanchements.
3. Milieux au sérum sanguin.

1. Nous empruntons cette classification à la thèse de GISCART (Toulouse 1923).

4. Milieux au sang.
5. Milieux à base de tissu musculaire ou d'organes.
6. Milieux à l'œuf.
7. Milieux au lait.
8. Milieux à l'urine-urée.
9. Milieux à la bière.
10. Milieux aux peptones pancréatiques ou aminées.
11. Milieux non albumineux ou les albumines non coagulées sont remplacées par une substance de nature végétale..
12. Milieux vitaminés.

Plus récemment TEMPÉ (Strasbourg 1926) a proposé un milieu à base de gélose-sang-mucor et qui, d'après l'auteur, donnerait d'excellents résultats. Enfin DOMBRAY (Nancy, 1927) préconise un milieu constitué avec de la gélose-bouillon ascite avec des vitamines et un ph de 6,5.

Personnellement nous avons expérimenté plusieurs des milieux précédents. En particulier, nous avons employé des milieux à base de :

1. Gélose ascite extrait globulaire.
2. Gélose ascite humaine.
3. Gélose au sang humain.
4. Gélose au sang de lapin.
5. Gélose à l'extrait de testicule de taureau.

Le milieu au testicule de taureau que nous avons utilisé est celui de GISCARD, mais légèrement modifié par le docteur GORY.

Nos cultures portent sur un certain nombre d'observations où le gonocoque était indubitablement en cause.

Malheureusement nous avons presque toujours eu des résultats négatifs. Une seule fois nous avons obtenu une très belle culture sur milieu spécialement préparé au testicule de taureau (voir observation n° 19). Encore s'agissait-il ici d'un pus d'arthrite prélevé à même l'articulation, où l'examen direct avait montré du gonocoque pur et en extrême abondance.

Par contre tous nos ensemencements provenant des sécrétions cervicales ou uréthrales se sont montrés négatifs. Et à cela plusieurs causes :

A. — Tout d'abord, nous savons que les milieux de culture propices au gonocoque doivent être sensiblement à une *température de 37°*. Or le seul fait de transporter le milieu de culture du Laboratoire à la salle où doit se pratiquer l'ensemencement et vice-versa, suffit à refroidir le milieu et à le rendre inapte à la colonisation, et ce, malgré toutes les précautions que l'on a pu prendre.

A défaut du prélèvement idéal au Laboratoire qui permettrait de replacer immédiatement à l'étude le milieu de culture, il faudrait avoir un dispositif suffisamment pratique et portatif pour conserver les milieux à la température de l'étuve.

B. — Il est un second facteur qui entre en jeu et qui contribue à la difficulté d'obtenir des cultures dès qu'il s'agit de femmes enceintes blennorragiques : nous voulons parler du *degré d'acidité ou d'alcalinité des sécrétions cervicales et vaginales*.

Cette question a son importance, car l'on sait que le

gonocoque une fois isolé ne se développe bien *in vitro* qu'en milieu alcalin, alors qu'*in vivo*, il peut s'accommoder d'un milieu acide.

En effet, tous les travaux parus, et ils sont nombreux, sur cette question, montrent que les sécrétions cervicales sont acides. Tout récemment encore, un auteur allemand, HEYN (1927) a insisté sur l'importance de l'acidité dans la gonorrhée cervicale. VOLKMANN a trouvé une réaction acide dans 58 % des cas de ce genre. WIRZ et LEGÈNE, sur 22 femmes atteintes de cervicites gonococciques en ont trouvé 13 qui avaient une réaction fortement acide.

En présence de ces faits nous avons tenu à nous faire une opinion. Mais encore était-il nécessaire d'avoir à sa disposition un réactif suffisamment sensible pour déceler des taux d'acidité ou d'alcalinité parfois assez faibles.

C'est à l'obligeance de Mlle GIRARDOT, chimiste du Laboratoire de La Maternité que nous devons un tel réactif.

Après avoir essayé un premier papier préparé au rouge de méthyle dont les limites de ph variaient de 6,6 à 4,4, nous fûmes obligé de l'abandonner parce que trop acide.

Mlle GIRARDOT eut alors l'idée de préparer un papier au dibromo-thymol-sulfone-phtaleine (bromothymol bleu) qui est un indicateur employé pour certaines mesures colorimétriques du ph. Ce papier peut être utilisé dans des limites de virage variant de 6 à 7,6.

Voici sa préparation : on prend une solution alcoo-

lique à 0.02 % de bromothymol bleu dans laquelle on trempe un papier filtre lavé aux acides et lavé ensuite à l'eau distillée jusqu'à neutralisation complète. On laisse sécher et l'on obtient alors un papier de coloration jaune, donc légèrement acide.

Pour tout ph supérieur à 7 (neutralité) le papier vire au bleu franc, après avoir passé par une teinte intermédiaire vert émeraude qui répond à un ph sensiblement égal à 7.

Pratiquement, la sensibilité de ce papier est très grande et nous avons obtenu des résultats très satisfaisants.

Nous avons recherché la réaction des sécrétions cervicales et vaginales pendant la grossesse et dans le post-partum.

1. *Pendant la grossesse*, les résultats fournis par les auteurs sont contradictoires : pour les uns, la réaction normale du vagin serait acide et due au bacille de Döderlein qui sécrète de l'acide lactique; que ce bacille vienne à disparaître par suite d'une lésion quelconque et la réaction deviendrait alcaline; pour d'autres au contraire, et en particulier *Kroenig*, la réaction serait toujours acide à des degrés variables, même chez les blennorragiques.

En fait la réaction est variable pendant la grossesse. Si chez quelques femmes nous avons trouvé des réactions neutres ou légèrement alcalines (virage vert du papier), chez d'autres au contraire ayant une blennorragie confirmée nous avons eu des réactions acides.

2. *Dans les suites de couches* par contre, presque

tous les auteurs sont d'accord sur la réaction alcaline des lochies. Tous nos examens d'ailleurs sont venus confirmer nos recherches dans ce sens.

Cette alcalinité des lochies est particulièrement favorable au développement du gonocoque qui trouve là un milieu presque idéal.

C. — Ces deux premières conditions étant réalisées, température optima et alcalinité des sécrétions, pourquoi le gonocoque ne se développerait-il pas sur les milieux de culture habituels ?

C'est qu'il est un troisième facteur, croyons-nous, qui fait souvent échec à la culture : c'est la *flore microbienne associée*.

Cela nous amène à dire un mot de la flore normale des voies génitales chez la femme enceinte et accouchée. Cette question a suscité de nombreux travaux surtout à l'étranger. Nous passerons rapidement sur les différentes opinions émises :

a) Chez la femme enceinte, certains auteurs admettent la stérilité du col et de plus l'action microbicide de la sécrétion cervicale. D'autres au contraire pensent que le col est infecté. En fait, nous y avons toujours trouvé des saprophytes assez abondants : en premier lieu le bacille de FRIEDLANDER, le staphylocoque, des bacilles diphtérimorphes, etc...

Le vagin offre une flore plus abondante et plus variée.

b) Chez la femme accouchée, on a pendant longtemps admis que les lochies utérines étaient stériles. Là encore il a bien fallu reconnaître que normalement

les lochies utérines ne sont pas exemptes de germes. Et tous nos prélèvements nous ont montré en effet qu'on y retrouve à peu près les mêmes germes que dans le col de la femme enceinte. Mais c'est surtout vers le 8^e ou le 10^e jour qu'on en trouve le plus. Cela tient à l'alcalinité favorisante du milieu, et en particulier à la présence du sang.

Les lochies très abondantes les premiers jours qui suivent l'accouchement sont stériles, mais WALTHARDT admet que dès le 4^e jour les germes venant du vagin ou même de l'extérieur remontent dans la cavité utérine.

Quant aux lochies vaginales, exemptes elles aussi les premiers jours, elles seraient rapidement le siège d'une flore très abondante.

Ce bref exposé suffit à nous montrer toute l'importance de cette flore surajoutée et nous allons voir maintenant *comment peut se comporter le gonocoque vis-à-vis des germes associés.*

Deux opinions contraires :

POUR DÖDERLEIN, la sécrétion purulente du col favorise le développement des saprophytes. KRONIG au contraire, affirme que l'écoulement purulent du col tend à entraver le développement des germes. Dans ces conditions le gonocoque doit se retrouver presque à l'état pur.

Personnellement, chaque fois que nous avons trouvé du gonocoque chez la femme enceinte, il était rarement associé; du moins son développement nous a semblé en raison inverse de celui des germes associés.

De même les examens pratiqués chez les femmes

accouchées, nous ont montré très fréquemment du gonocoque à l'état pur ou tout au moins associé à une flore à peu près nulle. D'autres fois la flore a été très abondante et ce n'est qu'un examen minutieux qui a permis de mettre en évidence le gonocoque. Entre ces cas extrêmes, nous avons eu des cas « moyens » où le gonocoque était trouvé avec d'autres germes en quantité à peu près égale.

Mais en règle générale le gonocoque vit mal en association et c'est ce qui explique la difficulté d'obtenir des cultures à partir de prélèvements provenant des sécrétions cervicales. De deux choses l'une :

— Ou bien le gonocoque est en petite quantité et dans ce cas, comme le fait très justement remarquer DUJOL, « on se trouve en présence d'un cercle vicieux; si on « ensemece largement le milieu le gonocoque pourra « se développer, mais également les autres germes plus « vivaces que lui qui vont rapidement étouffer sa croissance; si on ensemece trop peu, rien ne pousse ».

— Ou bien le gonocoque apparaît à peu près pur à l'examen microscopique et il est aussi difficile à cultiver, car il existe malgré tout d'autres germes.

Nous avons pratiqué 46 cultures et nous n'avons obtenu qu'une seule fois un résultat positif. Comme nous l'avons dit plus haut il s'agissait d'un pus articulaire.

Par contre, toutes nos cultures faites pendant la grossesse ou dans les suites de couches ont été négatives, malgré que nous ayons trouvé fréquemment du gonocoque à l'examen direct.

Voilà pourquoi la recherche sur lames, même dans

les cas où elle ne donne pas les résultats positifs que l'on attend, par exemple, dans les lésions chroniques, a une valeur supérieure à la culture. Elle est une méthode à la fois plus simple, plus rapide, plus sûre et surtout beaucoup plus à la portée du praticien.

Recherche du Gonocoque chez la femme enceinte

Nous avons insisté dans le chapitre précédent sur les localisations particulières du gonocoque pendant la grossesse, en particulier sur le col, l'urèthre et les glandes. Si le médecin veut avoir quelques chances de retrouver le germe, c'est donc là qu'il devra faire porter son examen.

L'instrumentation est aussi simple que possible :

Un spéculum, une pince à pansement, quelques compresses, un fil de platine, une lame de verre propre et une lampe.

La technique du prélèvement ne présente rien de particulier : la femme étant en position gynécologique on introduit le spéculum et l'on va à la recherche du *col*. Très souvent celui-ci est masqué par des mucosités plus ou moins épaisses que l'on aura soin d'enlever à l'aide d'une compresse. Le col ainsi mis à nu, on dirige alors le fil de platine préalablement flambé vers l'orifice externe. On fait pénétrer le fil dans le canal cervical de quelques millimètres à peine et l'on recueille le pus qui s'y trouve. Il ne reste plus qu'à l'étaler aussitôt ou à le porter sur le milieu de la culture.

Le prélèvement de l'*urèthre* présente quelques parti-

cularités : il faut d'abord avoir bien soin de laver le méat à l'aide d'un peu d'eau bouillie, puis introduire un doigt dans le vagin pour exprimer d'arrière en avant le canal uréthral. Dans ces conditions, il n'est pas rare de voir sourdre au méat une petite gouttelette qu'on prélèvera comme précédemment. Il sera bon d'explorer aussi méthodiquement les glandes de Skene où se loge très fréquemment le gonocoque.

Plus rarement on sera obligé de faire un prélèvement au niveau d'une *glande de Bartholin*. Dans ce cas la ponction ou même l'expression peuvent suffire à recueillir quelques gouttes de pus. Mais il est très rare que le gonocoque soit mis en évidence.

Enfin, exceptionnellement, on sera appelé à pratiquer un prélèvement au niveau d'une articulation.

Recherche du Gonocoque chez la femme accouchée

La technique ne diffère en rien de celle employée chez la femme enceinte. Le prélèvement des lochies utérines pourra se faire un peu plus profondément dans le canal cervical et c'est tout.

Mais à aucun moment nous n'avons poussé nos prélèvements jusqu'au cavum utérin. C'est là une pratique dont nous nous sommes volontairement abstenus.

De nombreux auteurs ont imaginé des dispositifs, très ingénieux d'ailleurs, pour faire des prélèvements intra-utérins. Ils ne signalent pas d'incidents sérieux à la suite de telles manipulations. Par contre, d'autres auteurs ont reconnu avoir eu des infections à la suite

de prises intra-utérines. Nous n'avons pas voulu courir le risque de tels dangers et c'est là la vraie raison qui nous a fait délaisser une telle méthode.

Le prélèvement intra-utérin est-il donc si indispensable pour apporter confirmation du diagnostic? Personnellement nous ne le croyons pas. Certes la mise en évidence du gonocoque au niveau même du cavum utérin est un gros argument en faveur de l'étiologie blennorragique des accidents observés. De nombreux auteurs vont jusqu'à considérer cette recherche comme seule logique et capable de fournir des précisions qu'ils déniaient aux autres recherches. Mais le fait de trouver le gonocoque en un point quelconque du tractus génital, n'est-il pas un critérium suffisant? Dès lors d'où viendrait ce gonocoque?

Certains auteurs ont voulu incriminer des agents extérieurs comme vecteurs possibles du gonocoque. C'est là une étiologie bien difficile à admettre.

Nous admettons bien plus volontiers, en présence d'une femme présentant des accidents puerpéraux et chez laquelle l'examen direct a montré du gonocoque, une infection gonococcique à point de départ autogène.

Cela ne veut pas dire que toute femme ayant du gonocoque dans son tractus génital fait nécessairement des accidents en rapport avec ce germe. Pour admettre une telle relation, il faudrait d'abord avoir éliminé toutes les causes susceptibles de déterminer ces accidents : en particulier éliminer l'action du streptocoque du staphylocoque; etc... Mais lorsqu'on trouve à l'examen bactériologique du gonocoque à peu près pur,

lorsqu'il est associé à des germes saprophytes banaux et si peu nombreux qu'on ne peut raisonnablement leur imputer l'origine des accidents, lorsqu'enfin les signes cliniques sont en faveur d'une gonococcie certaine, pourquoi alors ne pas attribuer au gonocoque la responsabilité des accidents observés?

Laissons là pour l'instant cette discussion et voyons maintenant à quel moment du puerpérum doit être pratiqué l'examen bactériologique.

Les opinions sont assez variables. Pour BUMM, la prise doit être faite du 2^e au 6^e jour. Pour KROENING du 4^e au 6^e. Pour STONE et MAC DONALD pas avant le 5^e jour. DUJOL conseille les prises du 4^e au 8^e jour.

Nos recherches personnelles nous ont donné le maximum de résultats positifs du 5^e au 9^e jour. Une fois nous trouvâmes du gonocoque plus précocement le 3^e jour. Trois fois nous le trouvâmes plus tardivement au 16^e, au 17^e et même au 18^e jour. Il n'y a donc pas de jour électif pour le prélèvement et l'on doit se baser avant tout sur le caractère des lochies.. Trop sanglantes les premiers jours elles ne permettent pas une recherche fructueuse du gonocoque. Par contre leur purulence est très favorable à sa découverte.

Résultats comparés de l'examen direct et de la méthode des cultures

Nous avons pu suivre ainsi 45 malades. Nous avons trouvé du gonocoque chez 21 d'entre elles à l'examen

direct soit dans le col soit dans l'urèthre. Une seule fois nous avons obtenu une culture positive.

La recherche directe sur lames s'est donc montrée infiniment supérieure à la méthode des cultures, et c'est pourquoi, comme nous le disions précédemment, elle reste à nos yeux la méthode de choix.



CHAPITRE IV

Etude de la réaction de fixation du complément chez la femme enceinte et accouchée

La variabilité et les défaillances trop nombreuses de la méthode des cultures ont incité beaucoup d'auteurs à chercher un procédé de diagnostic à la fois plus fidèle et plus pratique.

Comme dans les autres infections et surtout la syphilis, on s'est adressé aux recherches humorales et en particulier à la réaction de fixation du complément qui, appliquée au diagnostic de la gonococcie, a été baptisée « gono-réaction ».

Depuis 1906, les recherches ont été nombreuses et il serait vain de citer tous les travaux de tous les auteurs sur cette question.

Rappelons simplement que c'est en 1906 que MULLER et OPPENHEIM, les premiers, signalent à propos d'un malade atteint d'arthrite gonococcique, la présence dans le sérum d'anticorps spécifiques. L'antigène utilisé était une suspension dans du sérum physiologique de gonocoques provenant de cultures sur gélose au sang.

Un peu plus tard, BRUCK, employant la technique de Wassermann et utilisant comme antigène un extrait aqueux de gonocoques confirme ces résultats.

Depuis cette époque une foule de travaux ont paru sur cette question avec des résultats dissemblables.

Dans l'ensemble il y a deux opinions opposées :

D'une part, celle de ceux qui attribuent, à la réaction de fixation une spécificité presque absolue, qui la considèrent comme un moyen précieux de diagnostic, entre autres : MULLER et OPPENHEIM, BRUCK, VANNOD, TEAGUE et TORRY, WATABIKI, FOIX, SALIN, SCHWARTZ et MC NEIL, SCHMIDT, GARDNER et CLOWES, COLMER et BROWN, etc., plus récemment BEZANÇON, MATHIEU-Pierre WEIL, RUBINSTEIN, MONDOR, URBAIN, JAUSION, DOMBRAY.

D'autre part celle de ceux qui dénie à la réaction de fixation du complément une spécificité absolue et une utilité quelconque dans le diagnostic de guérison d'une blennorrhagie; parmi ceux-ci on peut citer CAPELLI, BUZZI, UHLE, MC KING et surtout PRIESTLEY.

Les antigènes employés diffèrent suivant les auteurs. Nous ne ferons que les énumérer ici en nous inspirant de l'excellente classification qu'en a donné DOMBRAY dans sa thèse.

Presque tous les antigènes employés sont polyvalents, c'est-à-dire composés avec plusieurs souches de gonocoques¹. On peut les diviser en deux groupes sui-

1. Cette précaution est comme nous avons d'ailleurs pu le confirmer absolument inutile. Il ressort en effet de multiples études de Maurice NICOLLE (*Annales Institut Pasteur*, 1916-1917-1918) que la réaction de fixation du complément est incapable de différen-

vant qu'ils sont traités par les agents physiques ou chimiques.

a) **Antigènes traités par les agents physiques.** — Ce sont les émulsions microbiennes, auxquelles la plupart des auteurs semblent attribuer la plus grande valeur; les autolysats, les culots de microbes et les filtrats microbiens.

b) **Antigènes traités par les agents chimiques.** — En particulier par l'éther, par l'alcool, l'alcool acétone, l'antiformine, le crésol, le phénol et enfin la lessive de soude.

Personnellement nous avons utilisé plusieurs antigènes :

1° Nous nous sommes servis de l'antigène préparé par RUBINSTEIN et qui consiste en un extrait aqueux ou plutôt en un lysat de 10 jours à la glacière de nombreuses souches de gonocoques âgées de 24 heures, cultivées sur gélose-ascite, lavées et suspendues en eau physiologique.

2° Nous avons expérimenté l'antigène préconisé par JAUSION, MEERSSEMAN et PECKER, et dont la composition est la suivante : on part de cultures liquides; âgées de 4 jours, elles sont additionnées de 1/10^e de solution de potasse à 40 %, lysées 6 jours à l'étuve; réduites au quart par évaporation, étendues de 10 parties d'al-

cier différents types d'une même espèce microbienne. C'est une réaction « d'espèce » à l'encontre de la réaction d'agglutination qui elle est une réaction de « groupes ».

D'ailleurs par cette méthode M. NICOLLE, R. DEBRÉ et J. PARAF et de nombreux auteurs étrangers n'ont jamais pu mettre en évidence l'existence de races de gonocoques.

cool méthylique et filtrées sur papier après 48 heures. On obtient un antigène d'un brun limpide qui est étendu pour la réaction de 7 à 10 volumes d'eau physiologique, compte tenu de son pouvoir anticomplémentaire.

3° L'antigène à l'eau, simple émulsion de plusieurs souches de gonocoques dans l'eau physiologique.

4° Enfin l'antigène de Maurice NICOLLE (de l'Institut Pasteur) obtenu à l'aide d'une souche de gonocoque bien étalonné (gono 9) qu'on broie au mortier avec du verre pilé et que l'on sèche par l'alcool-éther. On a alors une poudre. Au moment de la réaction, il suffira de réémulsionner 1 centigramme de cette poudre dans 20 cc. d'eau physiologique.

De ces quatre antigènes, l'antigène méthylique nous a donné incontestablement les résultats les plus sensibles et il a de plus sur les autres l'avantage de se conserver presque indéfiniment

Technique

Quant aux techniques employées, elles diffèrent aussi. A l'origine les auteurs ont utilisé la technique de la réaction de *Wassermann*, mais celle-ci a paru trop brutale à d'autres auteurs qui l'ont modifiée et ont cherché par une technique appropriée à la rendre plus sensible à la recherche des anticorps gonococciques.

C'est ainsi que RUBINSTEIN « dispose en une série de 7 tubes dont 2 témoins, un double système sérologique. Le premier, du type *Wassermann*, comporte des quan-

tités croissantes d'antigène et représente un ensemble diagnostique. Le deuxième, à doses progressives d'alexine, reproduit le dispositif de CALMETTE et MASSOL et permet d'évaluer par le nombre d'unités alexiques fixées le taux gonométrique grossier de la réaction. Ces deux épreuves se complètent d'ailleurs l'une l'autre. Le sérum est inactivé ainsi qu'il convient pour l'appréciation de faibles positivités. L'alexine est diluée au 1/20^e et employée à dose hémolytique optima comme taux de base. L'antigène polyvalent est suffisamment étendu d'eau physiologique pour n'être pas anticomplémentaire.

Le système hémolytique est ajouté après une heure d'étuve à 37°. Le titrage préalable des composants de la réaction et la lecture de l'épreuve se font comme à l'ordinaire. »

Nous avons employé la technique de RUBINSTEIN avec son antigène mais il nous a paru que nous obtenions des résultats plus sensibles avec l'antigène méthylé et en suivant la technique de CALMETTE et MASSOL.

Voici comment nous avons opéré pour nos réactions¹ : Après nous être assurés préalablement que notre antigène n'est pas anticomplémentaire :

I. Dans un 1^{er} temps nous faisons le titrage du complément. — Nous nous servons de 4 tubes dans lesquels nous mettons à doses croissantes le complément (sérum de cobaye) dilué au 1/10^e dans de l'eau physiologique + l'antigène + le système hémolytique. Celui-ci est

1. Nous tenons à remercier Mme GALLOIS, surveillante du Laboratoire à l'hôpital Laënnec de sa précieuse collaboration.

constitué par des globules de moutons + du sérum hémolytique anti-mouton. On porte le tout à l'étuve 1 heure et demie puis on fait la lecture. On prend alors la première dose hémolysante avec l'antigène comme taux de base.

Pour faciliter la lecture des différentes manipulations nous les résumons dans le tableau ci-dessous :

	Complément au 1/10 ^e	Eau physiologique	Système hémolytique	
1 ^{er} tube ..	0.1	0.8	0.1	Etuve 1 h. 1/2
2 ^e tube ..	0.2	0.7	0.1	
3 ^e tube ...	0.3	0.6	0.1	
4 ^e tube ...	0.4	0.5	0.1	

II. Dans un deuxième temps nous pratiquons la réaction avec des doses croissantes d'alexine. — Le sérum est inactivé par chauffage à 56° et réparti dans les 4 tubes. On ajoute alors des doses croissantes de complément, en partant comme dose initiale de la première dose hémolysante obtenue précédemment. On ajoute l'antigène et l'on complète uniformément dans les 4 tubes avec de l'eau physiologique. On met à l'étuve 1 heure et demie et l'on ajoute le système hémolytique.

Après un nouveau passage à l'étuve, on fait alors la lecture. S'il y a hémolyse, la réaction est négative et inversement.

Nous résumons donc :

	Serum chauffé à 56°	Complé- ment	Antigène	Eau Physio- logique	Etuve 1 h 1/2	Système Hémolytique	Etuve 1 h.
1 ^{er} tube	0.1	0.1	0.1	0.7		0.1	
2 ^e tube	0.1	0.2	0.1	0.6		0.1	
3 ^e tube	0.1	0	0	0.9		0.1	
4 ^e tube	0.1	0.1	0	0.8		0.1	

Résultats obtenus par la réaction de fixation du complément

Nous ne croyons pas que l'étude de la réaction de fixation du complément appliquée à la blennorrhagie ait été faite au cours de la gravidité. Il était donc intéressant d'apporter une contribution nouvelle à une question sur laquelle l'unanimité des avis n'est point encore chose faite.

Nous avons donc étudié les variations possibles de la gono-réaction avant l'accouchement et après l'accouchement. Nous avons comparé les résultats ainsi obtenus avec la clinique et nous avons tâché d'en déduire quelques conclusions au point de vue pratique. Il nous est difficile de tirer un point de comparaison avec d'autres statistiques puisque la méthode n'a point été appliquée chez la femme enceinte ou accouchée; mais si nous nous plaçons d'abord à un point de vue général, nous sommes obligés de constater que nos résultats positifs sont infimes par rapport à ceux d'autres auteurs, puisque sur 78 réactions de fixation pratiquées nous n'en avons obtenu que 11 positives, soit un pourcentage de 14 %.

Certes, quelques auteurs ont publié des résultats plus faibles, mais, déjà à lui seul, ce chiffre de 14% comparé au chiffre de femmes blennorragiques obtenu pendant la grossesse (25 %) suffit à montrer l'infériorité d'une méthode qui peut garder sans doute toute sa valeur en dehors de la gravidité

Nous avons voulu simplement exposer les faits tels que nous les avons observés.

Nos 78 gono-réactions se décomposent ainsi : 27 ont été faites avant l'accouchement, 51 après l'accouchement

Sur les 27 pratiquées *avant l'accouchement*, 4 seulement ont été positives; soit un pourcentage de 14,8 %

Sur les 51 du *post-partum*, 7 positives, soit 13, 7 %.

Il ressort donc nettement que le pourcentage de positivité est sensiblement plus élevé pendant la grossesse que dans les suites de couches et à ce sujet nous avons été frappés de constater que les 4 réactions positives en cours de gestation sont devenues négatives dans le puerpérium.

A noter cependant que l'une d'entre elles (obs. 31) avait déjà viré dans le sens négatif au cours même de la gestation.

Cas positifs. — Chez aucune des 4 femmes ayant une gono-réaction positive *au cours de la gestation*, nous n'avons pu mettre en évidence le gonocoque dans les sécrétions cervicales, mais chez l'une d'elles (obs 25) qui présentait une cystite nous l'avons trouvé dans le culot urinaire.

Cliniquement ces quatre cas positifs de la grossesse se rapportent à :

1. *Obs. n° 23.* — Métrite, végétations vulvaires et vaginite granuleuse.

2. *Obs. n° 25.* — Cystite gonococcique et pyélonéphrite consécutive.

3. *Obs. n° 31.* — Cervicite (pyélonéphrite de la grossesse).

3. *Obs. n° 41.* — Cystite à 2 mois. Bartholinite à 4 mois. Cervicite et vaginite.

Quant aux 7 réactions positives du *post-partum*, elles se sont trouvées 3 fois seulement en coïncidence avec la constatation du gonocoque dans les voies génitales.

Ces 7 réactions se rapportent à des malades dont 6 ont été vues dans les suites de couches et la septième (*obs. n° 6*) avait eu une gono-réaction négative avant l'accouchement.

Cliniquement, nous avons observé dans ces 7 cas :

1. *Obs. n° 1.* — Salpingite précoce (4^e jour) gonococque intra-cervical.

2. *Obs. n° 3* — Annexite légère et pyélite; gonocoque intra-cervical.

3. *Obs. n° 6.* — Cervicite. Pas de gonocoque.

4. *Obs. n° 7.* — Endométrite. Pas de gonocoque.

5. *Obs. n° 9.* — Métrite. Pas de gonocoque.

6. *Obs. n° 24.* — Cervicite. Endométrite. Pas de gonocoque.

7. *Obs. n° 32.* — Métrite. Gonocoque intra-cervical.

En résumé, si nous comparons les réactions de fixation positives, antérieures et postérieures à l'accouchement, nous voyons que :

1° Toutes les réactions positives avant l'accouchement ont viré dans le sens négatif après l'accouchement

2° Inversement, une réaction négative avant peut devenir positive après.

3° Une réaction positive peut varier au cours même de la gestation.

4° Une réaction positive n'est pas forcément en concordance avec la constatation du gonocoque dans le tractus génital, puisque nous n'avons rencontré le germe que dans 4 cas sur 11.

5° Une réaction positive semble indiquer une atteinte gynécologique profonde, mais n'est pas fatalement en rapport avec le degré de gravité.

Cas négatifs. — Ceux-ci sont infiniment plus nombreux que les cas positifs. Et ce qui frappe de suite, ce sont précisément les cas d'arthrite où la réaction de fixation du complément a été négative. Ici le diagnostic de gonococcie ne saurait être mis en doute puisque le gonocoque a été chaque fois mis en évidence.

Alors qu'en dehors de l'état de gravidité, aussi bien chez l'homme que chez la femme, l'arthrite gonococcique a donné des pourcentages de réactions positives très élevés, allant parfois jusqu'à 100 %, nous devons reconnaître que nous n'avons pas obtenu une seule réaction positive.

Dé même, nous avons fréquemment observé des cervicites, des endométrites ou même des salpingites de nature blennorragique dont la confirmation bactériologique ne cadrerait pas avec le résultat négatif de la réaction de fixation du complément.

En outre nous avons pu nous convaincre qu'une réaction de Wassermann fortement positive n'influencait nullement la gono-réaction, comme l'ont soutenu quelques auteurs. C'est ainsi que nous avons vu une malade présenter au 2^e mois de sa grossesse des accidents spécifiques nets. Le Wassermann s'est révélé fortement positif à 2 reprises alors que la gono-réaction est restée rigoureusement négative trois fois (obs. n^o 2).

De l'examen de tous ces cas négatifs, nous pouvons conclure que :

1^o La réaction de fixation du complément se montre rarement positive dans les arthrites de la puerpéralité.

2^o Une réaction négative ne permet pas d'exclure une infection gonococcique en évolution.

3^o La réaction de fixation du complément se montre trop souvent négative chez la femme enceinte ou accouchée pour qu'on puisse en faire un procédé de diagnostic sur lequel on puisse fidèlement compter.

Il est fort probable que la fréquence avec laquelle la gono-réaction se montre négative au cours de la gravidité tient au fait qu'on s'adresse là à un terrain tout spécial. BAR et DAUNAY, en 1912, avaient déjà signalé la fréquence des réactions sérologiques négatives au cours de la gestation.

Quelques années plus tard, NOBÉCOURT et BONNET¹ dans une étude très documentée sur les réactions de Wassermann chez les femmes en état de gestation confirment l'opinion des auteurs précédents. Sur 208 sérums

1. NOBÉCOURT et BONNET, Réaction de Bordet-Wassermann et Syphilis chez les nourrissons, leurs mères et les femmes en état de gestation (*P. M.* octobre 1920).

de femmes isolées, ils n'obtiennent que 31 résultats positifs, soit 14,9 %, et sur 81 femmes enceintes, 15 seulement ont eu des réactions positives, soit 18,5 %. Ce sont là des chiffres qui se rapprochent singulièrement de ceux que nous avons obtenus pour nos gonorréactions, soit 14,1 %.

Tout récemment enfin, le professeur COUVELAIRE, insistant sur cette fréquence des réactions négatives au cours de la gestation, s'exprime en ces termes : « Les recherches étendues instituées dans mon service nous ont donné pour les syphilis récentes une proportion de réactions sérologiques positives sensiblement égale à celle qui est observée en dehors de la gestation. Mais pour les syphilis anciennes la proportion est nettement inférieure. Pour cette catégorie de faits de beaucoup la plus nombreuse, la sérologie était en défaut 10 fois sur 13 au cours de la gestation ».

Ce fait de la diminution ou même de la disparition des réactions dites d'immunité au cours de la gestation n'est pas fait pour nous surprendre. On connaît bien l'anergie tuberculinique de la gestation et surtout du post partum (STERN, BAR, DEVRAIGNE NOBÉCOURT et J. PARAF) et d'autre part M. LÉON BERNARD et J. PARAF n'ont-ils pas montré la diminution et même la disparition de la séro-réaction de WIDAL au cours de la rougeole ?

Nous avons condensé dans un tableau le résultat de nos recherches à la fois bactériologiques et humorales dans leur rapport avec la clinique.

N ^{os} des Observat.	Avant l'accouchement		Après l'accouchement		Signes Cliniques
	Recherche du Gonococque	Gonorréa	Recherche du Gonococque	Gonorréa	
1			+	+	Salpingite.
2	—	—			Pertes blanches.
3			+	+	Légère annexite et Pyélite.
4	+	—	+	—	Urétrite. Cervicite.
5	—	—			Pertes blanches
6	—	—	—	+	Cervicite.
7			—	+	Cervicite. Phlébite.
8	—	—	+	—	Vaginite granuleuse.
9			—	+	Cervicite.
10			+	—	Urétrite. Cervicite.
11			—	—	Pertes blanches.
12			+	—	Endométrite.
13			+	—	Leucorrhée.
14			+	—	Salpingite.
15			+	—	Bartholinite.
16	—	—	—	—	Leucorrhée.
17	+	—	—	—	Cervicite.
18	—	—	+	—	Urétrite. Cervicite.
19			+	—	Arthrite du poignet.
20			+	—	Arthrite de l'épaule.
21			+	—	Endométrite.
22	—	—	—	—	Cervicite.
23	—	+	—	—	Végétations. Cervicite.
24			—	+	Endométrite.
25	+	+	—	—	Cystite. Pyélonéphrite.
26	—	—			Vaginite. Cervicite.
27	+	—	+	—	Arthrite du cou de pied.
28			+	—	Urétrite.
29			+	—	Leucorrhée. Endométrite.
30	—	—			Leucorrhée. Pyélonéphrite.
31	—	+ & —	—	—	Cervicite. Pyélonéphrite.
32			+	+	Endométrite.
33			—	—	Cervicite.
34			—	—	Cervicite.
35			+	—	Endométrite.
36			—	—	Vaginite granuleuse.
37	+		+	—	Urétrite. Salpingite.
38	—	—			Vaginite granuleuse.
39	—	—	—	—	Cervicite.
40	—	—	—	—	Cervicite. Pyélonéphrite.
41	—	+	—	—	Cystite. Bartholinite. Cervicite.
42	—	—	—	—	Cervicite.
43	—	—	—	—	Végétations. Leucorrhée.
44			+	—	Arthrite de la hanche.
45	—	—	—	—	Bartholinite.

CHAPITRE V

Thérapeutique

Nous n'insisterons pas sur le traitement local de la blennorrhagie habituellement employé chez la femme en état de gestation.

Nous tenons surtout ici à souligner l'importance des méthodes dites spécifiques préconisées contre l'infection gonococcique et ses complications : la vaccinothérapie et la sérothérapie.

1° Vaccinothérapie :

Le premier vaccin antigonococcique en date est celui de BRUCK en 1906. Il consistait en une émulsion de gonocoques cultivés sur gélose-ascite et tués par chauffage à 56° pendant une demi-heure.

Depuis cette époque une foule de vaccins ont été créés, les uns utilisant des *microbes morts*, les autres des *microbes vivants*, modifiés dans leur virulence afin de leur conserver davantage leurs propriétés antigènes.

Monomicrobiens à l'origine, on s'est vite aperçu qu'il était nécessaire d'agir aussi sur la flore associée et de rendre les vaccins *polymicrobiens*.

Enfin certains auteurs n'ont utilisé qu'une seule souche de gonocoques (*vaccins monovalents*), d'autres plusieurs races de gonocoques (*vaccins polyvalents*).

Chez la femme atteinte de blennorragie, la flore vaginale ou uréthrale est essentiellement polymorphe. On trouve en effet, en même temps que le gonocoque, de nombreuses variétés de microbes tels que le staphylocoque, l'entérocoque, le B. de Friedlander, etc. qui jouent un rôle encore discuté.

En tout état de cause, nous nous sommes adressés à un *vaccin antigonococcique polymicrobien polyvalent*.

L'administration du vaccin par la voie intra-musculaire nous a paru préférable parce que moins douloureuse que la voie sous-cutanée. Il existe presque toujours une légère réaction locale et parfois une réaction générale.

Les doses à injecter varient suivant le produit que l'on utilise, mais il est préférable de commencer par de petites doses de façon à atteindre en peu de jours la dose maxima.

La vaccinothérapie nous a donné de très bons résultats dans le *rhumatisme* blennorragique. Assez rapidement on observe de la diminution puis de la disparition des douleurs; les phénomènes inflammatoires s'atténuent aussi, mais plus lentement; la fièvre cède également après quelques jours.

Nous avons pratiqué la vaccinothérapie chez des femmes atteintes de *salpingites*. Les résultats obtenus jusqu'à présent sont très encourageants et nous nous proposons d'étendre cette thérapeutique avant d'apporter des conclusions définitives.

Disons seulement qu'il est nécessaire de pousser les injections de vaccin au delà de la dose indiquée, qu'une deuxième et même une troisième série d'injections sont utiles pour observer des résultats favorables prolongés.

2^o Sérothérapie :

Pendant longtemps on a utilisé la sérothérapie anti-méningococcique, en raison des affinités entre les deux germes, méningocoque et gonocoque.

Mais les nombreux échecs des expérimentateurs obligèrent ceux-ci à s'adresser à un sérum nettement spécifique, le *sérum anti-gonococcique*.

Celui qui est actuellement employé en France est le sérum de M. NICOLLE de l'Institut Pasteur, dont l'action locale s'appuie sur les recherches de MM. R. DEBRÉ et J. PARAF.

Pour ce qui a trait à la technique de sa préparation et de son titrage nous renvoyons aux ouvrages spéciaux¹. Ce qui nous importe, c'est son application au point de vue clinique.

Sa principale indication est incontestablement l'arthrite blennorragique avec épanchement articulaire.

Une de nos malades (obs. n^o 19) ayant présenté une arthrite pseudo-phlegmoneuse quelques jours après son accouchement, nous avons eu l'occasion d'appliquer cette sérothérapie antigonococcique selon la technique préconisée par le Dr J. PARAF.

La technique est la suivante :

1. R. DEBRÉ et J. PARAF, Nouveau traité de médecine et de thérapeutique de Gilbert et Carnot. Fascicule 10.

« L'articulation malade est ponctionnée avec toutes les précautions d'aseptie usuelles et vidée du liquide. L'injection est pratiquée aussitôt. On introduit une quantité de sérum inférieure ou égale à la quantité de liquide retiré. Dans le genou on injecte généralement de 20 à 40 centimètres cubes, de 10 à 20 cc. dans l'épaule, de 2 à 5 cc. dans le poignet ou le cou de pied. Il est nécessaire de répéter ponction et injection deux ou trois fois, soit régulièrement tous les jours, soit tous les deux ou trois jours...

« Il est utile d'adjoindre aux injections intra-articulaires, une injection intramusculaire ou intra-veineuse de 20 à 40 cc. de sérum. »

Dans les cas où l'état général paraît sérieusement atteint, où la fièvre est élevée, où il s'agit de petites articulations difficiles à ponctionner (RAVAUT), l'injection intra-veineuse est préférable à l'injection intramusculaire: elle est sans danger à la condition d'être bien pratiquée, avec les précautions usuelles.

Nous avons opéré de la façon suivante : On dilue 20 cc. de sérum anti-gonococcique dans 250 cc. de sérum physiologique légèrement tiédi, puis on injecte très lentement. L'injection doit durer au minimum 20 minutes à une demi-heure. Elle n'est pas suivie de réaction générale intense. La malade éprouve tout au plus quelques petits frissonnements pendant l'injection.

Par cette méthode des injections associées, on obtient en général des résultats fonctionnels très favorables.

Notre maître le Professeur Agrégé LÉVY-SOLAL a eu l'idée d'appliquer à la gonococcie féminine un traitement basé sur le fait que le développement du gonocoque est entravé en milieu fortement acide.

Nous avons donc porté au contact de la muqueuse cervicale et vaginale des tampons imbibés de *cultures de bacilles lactiques*, tampons que nous renouvelons trois jours de suite, après nous être assurés préalablement de l'acidité du milieu et de l'état de la flore microbienne. Sous l'influence de ce traitement, nous avons vu les pertes se modifier et diminuer d'une façon sensible.

Les cultures lactiques ont un ph de 5, par conséquent acide. Leur présence dans la cavité vaginale suffit à acidifier fortement le milieu et par suite à entraver le développement du gonocoque

Nos recherches sont trop récentes sur ce point pour que nous puissions apporter dès maintenant des conclusions définitives. Néanmoins il était intéressant de signaler ces tentatives de thérapeutique anti-gonococcique qui feront l'objet d'un travail ultérieur.

CHAPITRE VI

Observations

(Recueillies à la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine)

OBSERVATION I

Pertes verdâtres pendant la grossesse. Accouchement et délivrance normaux. Salpingite au 4^e jour avec température. Lochies purulentes. Subinvolution utérine. Gonocoque intra-cervical. Gono-réaction positive.

Mme L... Angèle, domestique, 1^{re} pare, 19 ans, entre à la Maternité le 14 février 1928 à 21 h. 30, ayant accouché en ville depuis une demi-heure environ. Naissance d'un garçon pesant 2.910 gr. Nitrate d'argent dans les yeux dès son arrivée.

A 22 h. 10, délivrance naturelle complète. Placenta : 550 gr.

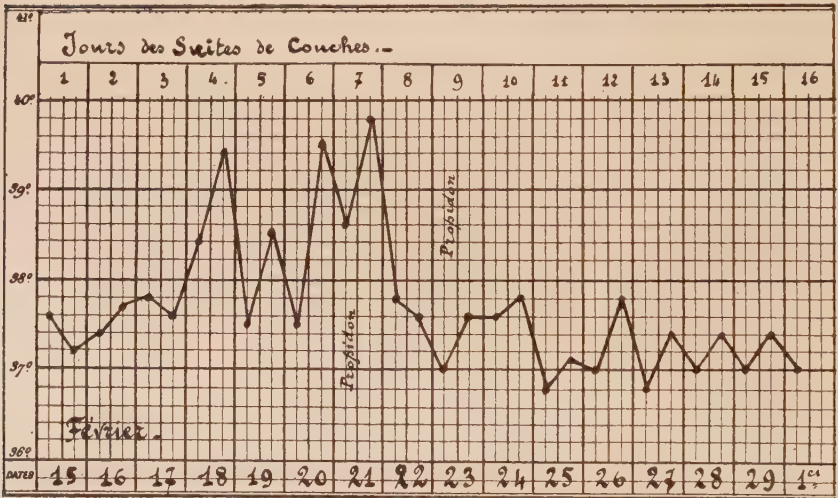
A. P. — Réglée à 15 ans, toujours régulièrement. Aucun antécédent pathologique spécial à noter. N'a jamais eu de pertes blanches étant jeune fille.

Mariée à 18 ans. A des pertes blanches depuis son mariage. Enceinte peu après, voit ses pertes augmenter et devenir jaunâtres et franchement verdâtres dans les derniers mois de sa grossesse. Pertes gluantes, épaisses, d'odeur très forte, tachant fortement le linge. Beaucoup plus abondantes vers la fin, elles obligent la malade à se garnir fréquemment. Pas

de brûlure aux mictions; pas de douleurs dans le bas ventre.

La malade n'a pris chez elle aucune injection antiseptique et n'a jamais consulté pendant sa grossesse. Mène celle-ci à terme (D. R. 5-8 mai 1927) et entre à l'hôpital ayant accouché chez elle, mais non délivrée.

Pas de température les trois premiers jours qui suivent



l'accouchement. Brusquement, le 4^e jour, ascension de la température à 38°5 le matin et 39°5 le soir. Pouls en rapport avec la température.

La malade accuse des douleurs dans le côté gauche de l'abdomen. La palpation de la fosse iliaque est douloureuse et la paroi est légèrement plus résistante que du côté opposé. Aucun signe rénal; les uretères ne sont nullement douloureux.

Au toucher, on sent dans le cul-de-sac gauche une masse

annexielle assez douloureuse. Le doigtier ramène des lochies sanguino-purulentes assez abondantes et non fétides. Repos absolu et glace sur le ventre.

Aucun changement du 4^e au 7^e jour. Température à grandes oscillations. Le 7^e jour, on fait une injection de Propidon, suivie d'une seconde injection deux jours après.

Dès la première injection, chute de la température, qui se maintiendra désormais aux environs de 37°.

Le 8^e jour, prélèvement intra-cervical. Lochies nettement purulentes. L'examen direct montre de « nombreux diplocoques intra et extra-cellulaires Gram 0; peu de microbes associés. » La culture sur gélose-ascite-extrait globulaire a été négative. Par contre, la *gono-réaction* a été *fortement positive*.

A dater du 9^e jour, amélioration manifeste.

Le 27 février (12^e jour), on n'a plus au toucher qu'un cul-de-sac douloureux sans masse annexielle perceptible.

La malade part le 1^{er} mars (au 16^e jour) très améliorée mais incomplètement guérie. A sa sortie, lochies encore purulentes. Subinvolution utérine.

Le 8 mars : se fait hospitaliser à nouveau parce que depuis son départ elle n'a cessé de souffrir du bas-ventre. Pertes verdâtres aussi abondantes avec brûlures aux mictions. N'a pris aucune injection chez elle.

Au toucher : les deux culs-de-sac sont très douloureux, particulièrement le gauche où l'on sent une petite masse annexielle. Utérus subinvolué. Col et fond utérins déviés à droite.

Dès son entrée, on soumet la malade à des injections bi-quotidiennes de permanganate et l'on commence une série de 6 piqûres sous-cutanées de vaccin antigonococcique. Pas de température. Apparition d'une légère conjonctivite chez l'enfant, rapidement guérie par des instillations de nitrate d'argent. 22 mars : meilleur état général, mais souffre encore du bas-ventre.

27 mars : pas de gros changement au toucher : cul-de-sac gauche douloureux, on ne sent pas de masse nette mais plutôt un empâtement local. Le cul-de-sac est encore légèrement douloureux. Fond utérin à 2 travers de doigt au-dessus de la symphyse.

30 mars : apparition des règles.

4 avril : fin des règles.

5 avril : la vaccination n'ayant pas amené une grosse amélioration, on décide de faire des injections intra-cervicales de *nucléinate de soude*.

Le jour même, on fait une première injection de 0.05 de nucléinate. A la suite grosse réaction locale caractérisée surtout par une sensation de pesanteur, de tiraillement douloureux dans le côté gauche. Pas de réaction thermique.

6 avril : les pertes ont diminué de façon sensible.

7 avril : deuxième injection de nucléinate. Les douleurs subissent une régression nette.

11 avril : dernière injection.

17 avril : amélioration très marquée de l'état général. Au toucher : culs-de-sac libres, à peine un peu de sensibilité à gauche. Utérus parfaitement mobile. Quelques pertes blanchâtres.

19 avril : la malade quitte le service pour aller se reposer à la campagne.

A son départ, au toucher : culs-de-sac parfaitement libres et non douloureux. Col long, fermé, légèrement dévié à droite. Utérus derrière la symphyse, un peu latéroversé à droite.

Les pertes ont presque disparu. L'état général est bon.

La malade a été revue deux mois après en excellent état général. Les pertes sont revenues, un peu jaunâtres.

A l'examen direct : pas de gonocoque. Gono-réaction négative. Au toucher, rien de spécial à noter. Les annexes sont libres.

OBSERVATION II

Pertes blanches de la grossesse. Roséole à 3 mois. Wassermann positif. Gono-réaction négative à 3 mois, 6 mois et 8 mois. Absence de gonocoque dans les sécrétions.

Mme B... Suzanne, 18 ans, 2^e pare. D. R. de la grossesse actuelle : 28 octobre 1927.

Vient consulter pour la 1^{re} fois le 24 février 1928. Grossesse de 3 mois et demi environ. Rien de spécial au toucher. Urines normales.

1^{re} grossesse : à terme. Accouchement par le siège. Petite fille bien portante actuellement.

A. P. — Scarlatine à 7 ans avec albuminurie consécutive

Mariée à 16 ans et demi. A des pertes depuis cette époque. Pertes blanches peu abondantes, sans odeur particulière, mais tachant le linge. Pas de brûlure aux mictions. Plus abondantes vers la fin de la 1^{re} grossesse. Sont revenues avec la grossesse actuelle. Quelques douleurs dans le bas ventre.

A noter la présence sur tout le corps d'une *roséole psoriasiforme*, avec *plaques muqueuses* sur les grandes lèvres. Adressée pour traitement à la consultation spéciale du Dr Tzanck.

Pas de gonocoque dans les sécrétions cervicales. *Gono-réaction négative. Wassermann fortement positif.*

10 mai : grossesse de 6 mois, évoluant normalement. La 1^{re} série de Novarsénobenzol est terminée. Gono-réaction négative.

17 juin : on a commencé depuis 3 semaines une 2^e série de Novarsénobenzol. Le Wassermann est toujours positif. Prélèvement et gono-réaction négatifs.

Accouchement à terme à l'hôpital Lariboisière, le 3 août 1928. Gargon pesant 3.300 gr. Placenta 650 gr. Suites de couches normales (renseignements fournis à la Maternité de Lariboisière). Les examens du post-partum n'ont pas été possibles.

OBSERVATION III

Pertes verdâtres abondantes. Délivrance artificielle 2 h. 30 après l'accouchement. Légère annexite et pyélite des suites de couches. Température subfébrile continue. Gonocoque intra-cervical. Gono-réaction positive. Lochies purulentes. Subinvolution utérine.

Mme C... Lucie, 20 ans, 2^e pare, entre à l'hôpital le 7 février 1928 pour accoucher.

A. P. — Rien de spécial à noter dans ses antécédents. Mariée depuis 2 ans et demi, a des pertes blanches quelques mois après son mariage. Voit les pertes augmenter pendant toute sa *première grossesse*, surtout vers la fin. Pertes jaunâtres, verdâtres, empesant et tachant le linge. Brûlures au moment des mictions.

Mène sa grossesse à terme. Accouchement et délivrance normaux. A un enfant vivant et bien portant.

Peu de temps après son accouchement, se met à souffrir de son côté gauche et au dire de la malade aurait fait de la température pendant 4 ou 5 jours environ (?). Son côté reste douloureux pendant près d'un mois, mais ses pertes sont moins abondantes qu'avant l'accouchement. (Au bout de ce temps elle voit, dit-elle, disparaître les pertes qui ne reparaitront plus qu'avec la seconde grossesse.

2^e grossesse (actuelle) : aucun incident notable jusqu'au 8^e mois où elle souffre à nouveau de son côté. Vient consulter à l'Hôpital où on lui conseille le repos absolu.

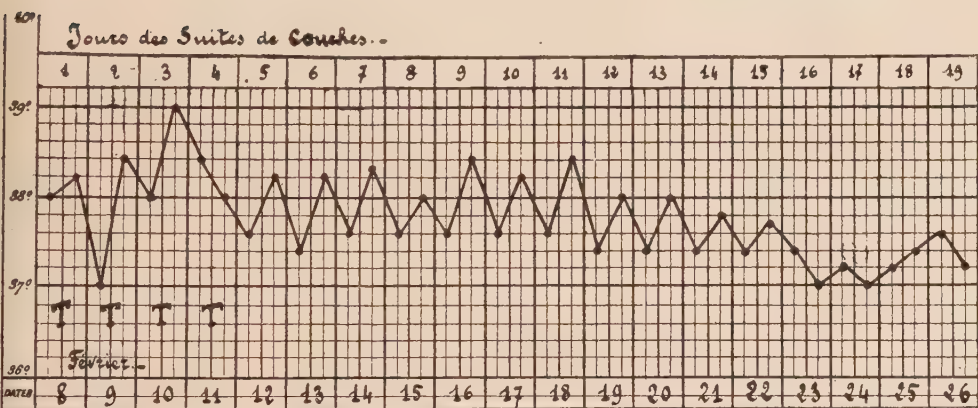
Elle ne rentre plus à l'hôpital que pour accoucher le 7 février 1928 à 23 h. 25. A ce moment la dilatation est complète, la poche des eaux bombe à la vulve. Rupture artificielle des membranes; liquide amniotique normal. A 23 h. 30, *accouchement spontané* en OIGA d'une fille pesant 2.950 gr.

2 h. 30 après l'accouchement, le placenta n'était qu'en partie décollé, on pratique une *délivrance artificielle* sous

anesthésie au chloroforme. On ramène un placenta chair à saucisse pesant 450 gr. Comme il est de règle dans le service, on termine par un tamponnement intra-utérin au filtrat antistreptococcique. On met de la glace sur le ventre. Les urines prélevées par sondage immédiatement après l'accouchement ne contiennent ni sucre ni albumine. Température 38°. Pouls 96.

Les tamponnements sont répétés 4 jours de suite.

Dès les premières heures qui suivent l'accouchement, la



malade ressent des douleurs dans le côté gauche du bas-ventre, tout comme après son premier accouchement.

Douleurs spontanées sans irradiations caractéristiques, assez localisées dans la fosse iliaque gauche. La palpation réveille à ce niveau une douleur; on sent un léger empâtement de la région. La température oscille à ce moment entre 38° et 39°. Le 2^e jour la malade se plaint de sa région rénale gauche. En même temps les urines diminuent de quantité, entre 500 et 700 gr. par 24 heures, et deviennent sales, laissant un dépôt dans le fond du bocal.

L'examen permet de réveiller une douleur par la pression au point costo-lombaire du côté gauche. Le trajet de l'uretère est assez sensible ainsi que la fosse iliaque correspondante.

Au toucher : on a un *cul-de-sac gauche très douloureux*, mais on ne sent pas de masse. Rien à droite. Le col est au fond et en arrière.

On continue la glace et on prescrit de la théobromine.

Les urines prélevées aseptiquement sont envoyées au laboratoire qui ne décèle ni pyurie ni bacillurie. Le trouble disparaît par la chaleur. Toutes les cultures ont été négatives.

Pendant plusieurs jours la température se maintient aux environs de 38°. Les lochies sont purulentes.

Vers le 15^e jour diurèse assez abondante, suivie d'une atténuation notable des phénomènes douloureux.

Au 17^e jour, la température atteint 37°. Les urines sont claires, mais la malade accuse des brûlures à la fin des mictions. Le côté gauche est toujours sensible.

Un prélèvement intra-cervical montre de *nombreux gonocoques intra-cellulaires*. La culture est négative. *La gonoréaction est positive*. Wassermann négatif.

Au 20^e jour (27 février) la malade quitte le service. A son départ, l'utérus est subinvolué.

2 mars : revient à la consultation parce qu'elle continue à perdre et qu'elle souffre un peu du ventre. Pertes verdâtres assez abondantes qui l'obligent à se garnir. Etat général assez bon. Au toucher : utérus légèrement gros en rétroversion ; col rejeté en avant et un peu à gauche. Cul-de-sac gauche douloureux, sans masse perceptible. Cul-de-sac droit non douloureux. Pas de sensibilité des uretères.

On prescrit des injections bi-quotidiennes avec du permanganate à 1/4000^e.

19 avril : souffre toujours du bas-ventre. Brûlures aux

mictions. Dit ne plus avoir de pertes verdâtres depuis plusieurs jours.

Toucher : utérus en rétroversion, col rejeté en avant derrière la symphyse. Culs-de-sac libres, un peu sensibles à la pression.

Spéculum : col un peu gros, métritique, avec ulcération de la muqueuse sur tout son pourtour.

Pertes blanchâtres peu abondantes.

Un prélèvement montre des gonocoques dans le col et dans l'urèthre. La gono-réaction est négative.

23 mai : les pertes sont revenues, légèrement verdâtres.

Au toucher : utérus complètement rétrofléchi. Culs-de-sac libres. Pas de périmérite. Gono-réaction négative.

On commence un traitement par le *Gonagone*.

6 juin : après une première série d'injections de Gonagone, les pertes ont diminué. Plus de brûlures aux mictions. Au toucher : l'utérus n'est plus rétroversé. Amélioration locale très marquée. On décide de faire une deuxième série d'injections.

29 juin : après traitement, grosse amélioration locale et générale. La malade ne souffre plus.

OBSERVATION IV

Cervicite blennorragique. Accouchement à 8 mois. Gonocoque abondant intra-cervical avant et après l'accouchement. Gono-réaction négative. Suites de couches normales.

Mme S... Congeta, 23 ans, 4^e geste, vient consulter pour la première fois le 25 février 1928.

Aucun antécédent particulier à noter.

A des pertes jaunâtres très abondantes depuis le début de son mariage.

A eu 2 grossesses et 1 fausse-couche de 3 mois.

1^{re} grossesse, à terme, fille 4 ans et demi, bien portante, suites de couches normales.

2^e grossesse, à terme, fille bien portante, suites normales.

A chaque grossesse les pertes ont augmenté, surtout vers la fin, mais depuis la grossesse actuelle, et surtout depuis plusieurs mois elles sont devenues plus abondantes, obligeant la malade à se garnir fréquemment; franchement verdâtres, tachant fortement le linge et s'accompagnant de brûlures aux mictions.

Le début du changement de caractère des pertes semble coïncider avec l'apparition d'une *uréthrite blennorragique* chez le mari pour laquelle il est en traitement depuis quelques mois à l'hôpital St-Louis.

Actuellement grossesse de 7 mois évoluant normalement.

Au spéculum : *cervicite* très prononcée, pertes verdâtres abondantes.

Prélèvement : *gonocoque intra-cervical*. Culture négative. Gono-réaction négative.

Revient dans le service le 11 mars à dilatation complète.

A 21 h. 45 *accouchement spontané* à 8 mois. Fille pesant 2.470. Durée du travail : 16 h. 45.

Suites de couches parfaitement normales, pas de température. L'enfant, né avant terme, est placé dans une chambre chaude et pousse bien.

Au 6^e jour, prélèvement intra-cervical et urétral : *nombreux diplocoques intra et extra-cellulaires Gram négatif*. Gono-réaction négative.

Au 8^e jour la malade quitte le service malgré nos recommandations. Les lochies sont normales, l'involution se poursuit normalement.

OBSERVATION V

Pertes blanches de la grossesse. Annexite légère à 3 mois.

Suites de couches normales. Absence de gonocoque. Gono-réaction négative.

Mme S... Rose, 20 ans, 1^{re} pare. D. R. 11 novembre 1927,

Entre à l'hôpital au 3^e mois de sa grossesse parce qu'elle souffre du bas-ventre.

A. P. — Réglée à 12 ans toujours régulièrement. Quelques pertes blanches étant jeune fille.

Actuellement grossesse de 3 mois. Depuis quelques jours se plaint de douleurs plus ou moins sourdes dans le bas-ventre et particulièrement du côté droit. A des pertes blanches assez abondantes depuis sa gestation. Pas de brûlures aux mictions.

Palpation assez douloureuse de la fosse iliaque droite.

Au toucher : col long, fermé. Cul-de-sac gauche souple et non douloureux. On sent dans le cul-de-sac droit une *masse annexielle* peu volumineuse mais assez douloureuse.

Légère poussée fébrile à 38° pendant 2 ou 3 jours. Repos et glace sur le ventre.

Pas de gonocoque dans les sécrétions cervicales; gonoréaction négative.

Au 8^e jour la malade améliorée quitte le service.

Revue au 8^e mois de sa grossesse. N'a plus souffert de son côté droit, prélèvement et gonoréaction négatifs.

Accouchement le 12 août 1928. A ce moment il ne nous a pas été possible de faire des examens du post-partum.

Les renseignements recueillis sont les suivants :

Accouchement spontané, fille vivante pesant 3.000 gr. Délivrance naturelle. Placenta 400. Les suites de couches ont été normales.

OBSERVATION VI

Prélèvement et gonoréaction négatifs avant l'accouchement.

Forceps. Délivrance artificielle. Suites de couches, lochies, involution normales. Pas de gonocoque après l'accouchement. Gonoréaction positive.

Mme G... Anne, 34 ans, 1^{re} pare, entre à l'hôpital au terme de sa grossesse. D. R. : 30 mai 1927.

A. P. — Rien de particulier à noter dans ses antécédents. Réglée à 13 ans toujours régulièrement.

Depuis ses premiers rapports, a des pertes blanches assez abondantes. N'a jamais présenté de troubles urinaires.

Dès le début de sa grossesse les pertes augmentent et deviennent plus jaunâtres. *Plus abondantes dans les deux derniers mois.*

L'examen d'entrée (27 février 1928) ne révèle rien de spécial au point de vue de la gestation : enfant vivant, tête en bas, dos à gauche. Urines normales.

La veille de l'accouchement les pertes sont franchement verdâtres. On pratique à ce moment un prélèvement intra-cervical, une gono-réaction : les examens sont négatifs.

1^{er} mars : début du travail.

2 mars : à 7 h. 30 on est amené à pratiquer une application de *forceps* en gauche antérieure, pour lenteur de la période d'expulsion et modification des bruits du cœur. Au cours de l'intervention, déchirure du périnée : 3 crins. Fille vivante pesant 3.500 gr. On termine par une *délivrance artificielle*, suivie d'un tamponnement au filtrat.

Placenta : 490 gr.; durée du travail : 7 heures.

Glace sur le ventre. On ordonne 1 centigramme d'opium à renouveler 5 jours de suite au bout desquels on donne un lavement huileux et une purgation. Celle-ci détermine une légère poussée thermique à 38°2. Les tamponnements ont été répétés 3 jours de suite.

Suites de couches absolument normales. Au 10^e jour, prélèvement intra-cervical et culture négatifs. Par contre la gono-réaction, qui était négative avant l'accouchement, est devenue *positive*.

Le 12^e jour la malade quitte le service. Lochies et involution normales.

OBSERVATION VII

Césarienne ilérative conservatrice à 8 mois. Phlébite au 12^e jour. Lochies légèrement purulentes. Pas de gonocoque intra-cervical. Gono-réaction positive.

Mme J.: Alice 2^e pare, 22 ans, entre à la Maternité le 26 janvier 1928 à 17 h. D. R. 26 mai 1927.

A. P. — Réglée très tard, à 17 ans, régulièrement mais règles douloureuses.

Mariée à 20 ans.

1^{re} grossesse : à terme. On a pratiqué une césarienne pour bassin généralement rétréci; enfant vivant mort à 19 jours de méningite. Suites de couches normales.

2^e grossesse actuelle : évolution bonne. Entre à l'hôpital le 26 janvier : à 23 heures est amenée à la salle de travail ayant un col effacé et une dilatation de 2 francs.

On décide d'intervenir d'une part en raison du promontoire facilement accessible, d'autre part en raison des antécédents.

23 heures 45 : on pratique (M. Cleisz) une césarienne conservatrice. Enfant en état de mort apparente, ranimé au bout d'une demi-heure de soins, et pesant 2.220 gr. Placenta 450 gr. L'enfant meurt le lendemain.

Suites de couches normales. La cicatrisation de la plaie se fait bien.

Vers le 10^e jour les lochies deviennent légèrement purulentes. La malade dit avoir toujours eu des pertes blanches abondantes, particulièrement au cours de sa seconde grossesse, l'obligeant à se garnir fréquemment, pas de brûlures aux mictions.

Au 12^e jour, apparition d'une *phlébite* du membre inférieur gauche. La malade se plaint d'une douleur au pli de l'aîne avec irradiation le long de la face interne de la cuisse et au mollet. Gros œdème, hydarthrose, température entre 37 et 38°, pouls oscillant entre 90 et 100.

Le membre est immobilisé en bonne position, de sorte qu'on s'est abstenu systématiquement de faire des examens pendant l'évolution de la phlébite. Celle-ci a d'ailleurs évolué normalement sans le moindre incident.

Au début de la 4^e semaine on commence une mobilisation prudente et progressive du membre inférieur.

Assez rapidement la malade parvient à refaire l'éducation de son membre gauche.

Une *gono-réaction* a été pratiquée le 20 février (25^e jour), elle s'est montrée *positive*.

Au 32^e jour de la phlébite, on a pu pratiquer avec précaution un examen des sécrétions intra-cervicales. *La recherche du gonocoque a été négative.*

Le 12 mars (5 semaines après le début de la phlébite) la malade quitte le service complètement guérie, ne gardant plus qu'une légère persistance de l'œdème du membre inférieur.

OBSERVATION VIII

Vaginite granuleuse. Cervicite. Pas de gonocoque intra-cervical; gono-réaction négative avant l'accouchement. Suites de couches fébriles. Lochies purulentes. Gonocoque dans l'urèthre. Gono-réaction négative.

Mme P... Louise, 19 ans, 1^{re} pare, vient consulter pour la première fois le 9 mai 1928 au septième mois de sa grossesse.

A. P. — Réglée à 12 ans toujours régulièrement. Un peu de leucorrhée étant jeune fille.

Pertes jaunâtres abondantes depuis sa grossesse. Quelques douleurs dans le bas-ventre, un peu de brûlure aux mictions. *Depuis 2 mois environ, les pertes sont devenues plus épaisses, plus verdâtres, tachant fortement le linge.*

Actuellement grossesse de 7 mois environ.

On est frappé par la présence d'un *intertrigo* assez accusé s'étendant sur toute la région vulvaire et la face interne des cuisses.

Au toucher : *vaginite granuleuse* rendant l'examen assez douloureux. Au spéculum : *cervicite* très marquée.

Prélèvement intra-cervical et culture négatifs, gono-réaction négative.

N'a pas été revue jusqu'à son accouchement.

Rentre à l'hôpital le 21 juillet parce qu'elle a des douleurs. A son entrée pertes jaunes verdâtres très abondantes.

Grossesse près du terme. D. R. Fin octobre?... H. U. : 32 cm., *rupture prématurée des membranes*. Tête à la partie moyenne de l'excavation, pas de dilatation. Bruits du cœur bons. Urines normales.

22 juillet : 16 heures, dilatation 5 francs, bruits du cœur bons. 21 h. : dilatation complète, tête profondément engagée, on fait pousser la femme. Sous l'effet des efforts expulsifs la tête progresse peu. Les bruits du cœur deviennent très ralentis puis irréguliers.

22 h. 30, application de *forceps* Tarnier en droite transverse. Episiotomie gauche.

Naissance d'un garçon en état de mort apparente, ranimé après 20 minutes de soins et pesant 3.300 gr.

30 minutes après : *délivrance naturelle* complète après injection intra-ovulaire à la liqueur de Labarraque. Placenta : 560 gr.

Durée totale du travail : 38 heures.

Température après l'accouchement : 37°2. Pouls 78°.

Les membranes étant rompues depuis plus de 38 h. on met de la glace sur le ventre.

Pas de température les premiers jours qui suivent l'accouchement.

Au 4^e jour : élévation de la température à 37°9, puis 38°4, en rapport avec un abcès amygdalien (la malade est sujette à des maux de gorge fréquents).

Le 6^e jour, ouverture spontanée de l'abcès, chute de la température. 7^e jour les lochies deviennent purulentes.

8^e jour : on fait un prélèvement. On trouve : dans le col : une flore très polymorphe où il est difficile d'affirmer la présence de gonocoques;.

Dans l'urèthre : de nombreux *diplocoques intra et extra-cellulaires* Gram 0.

La gono-réaction a été négative.

La malade part le 11^e jour. Les lochies sont encore légèrement purulentes. Subinvolution utérine.

OBSERVATION IX

Pertes blanches de la grossesse. Suites de couches apyrétiques.

Lochies, involution normales. Absence de gonocoque. Gono-réaction positive.

Mme M... Marie, 34 ans, 4^e pare, entre à la Maternité ayant accouché en ville depuis trois quarts d'heure environ et sans avoir reçu de soins antiseptiques.

12 mars : à 6 h. 30, délivrance naturelle complète. Placenta 550 gr. Enfant vivant pesant 3.580.

A. P. — 3 grossesses antérieures, menées à terme. 3 enfants actuellement vivants et bien portants; a toujours eu des suites de couches normales.

Pertes blanches abondantes pendant ses grossesses. Plus jaunâtres et plus épaisses pendant la gestation actuelle. A ressenti quelques douleurs au moment des mictions.

Suites de couches normales. Pas de température, lochies normales.

Le 3^e jour la malade accuse quelques vagues douleurs abdominales, à ce moment la température est de 37. Le pouls à 80. La palpation est un peu sensible dans les deux fosses iliaques. Les uretères ne sont pas douloureux. On fait un prélèvement intra-cervical et une gono-réaction. L'examen

direct et la culture n'ont pas montré de gonocoque, mais la gono-réaction a été positive.

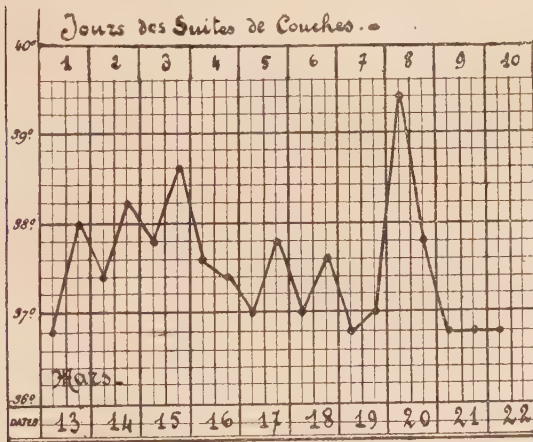
Le 10^e jour la malade quitte l'hôpital. Lochies et involu-
tion normales.

OBSERVATION X

*Pertes jaunes-verdâtres abondantes pendant la grossesse. Uré-
thrite. Température fébrile des suites de couches. Gono-
coque intra-cervical. Gono-réaction négative.*

Mme R... Adrienne 1^{re} pare, 20 ans, est admise à l'hôpi-
tal le 13 mars 1928 à minuit.

Examen d'entrée : grossesse à terme. D. R. 20 juin 1927.



Tête engagée, dos à gauche, bruits du cœur perçus, dila-
tation 1 franc, membranes intactes. Urines normales. Le
13 à 2 heures, dilatation complète; rupture spontanée de
la poche des eaux.

A 2 h. 30, *accouchement* spontané. Gargon pesant 3.150 gr.

1 heure après délivrance naturelle complète. Placenta : 520 gr. Durée du travail 3 heures.

A. P. — Réglée à 13 ans et demi toujours régulièrement.

A des pertes blanches depuis son mariage. Les pertes ont augmenté au cours de sa grossesse, particulièrement dans les derniers mois. Quelques brûlures à la fin des mictions. A pris chez elle des injections à la liqueur de Labarraque.

Les 3 premiers jours qui suivent l'accouchement, la température se maintient aux environs de 38° pour redescendre ensuite progressivement à la normale.

Le 5^e jour prélèvement intra-cervical et uréthral : *nombreux diplocoques intra et extra-cellulaires Gram négatif.*

Culture sur gélose au sang négative. La gono-réaction est négative.

Le 8^e jour, brusque ascension de la température à 39°4. A ce moment, malgré un examen clinique minutieux, on ne décèle aucun trouble organique. La malade elle-même ne se plaint de rien. Les lochies s'effectuent normalement.

La température tombe aussi rapidement qu'elle est montée et se maintient par la suite à 37°.

Au 16^e jour la malade quitte le service. Les lochies sont normales. L'utérus est légèrement subinvolué.

OBSERVATION XI

Pertes blanches de la grossesse. Salpingite au début. Accouchement et délivrance normaux. Suites de couches normales. Pas de gonocoque. Gono-réaction négative.

Mme V... Fernande, 4^e pare, 28 ans. Entre à la Maternité le 11 mars 1928 à 20 h. 30.

Examen d'entrée. — Grossesse à terme D. R. 4 juin 1927, enfant vivant, tête haute, dos à gauche, dilatation entre 2 et 5 francs. Membranes intactes. Urines normales.

A 23 h. : rupture spontanée précoce des membranes. Liquide un peu teinté.

Le 12 à 2 h. 30 : présentation toujours haute, atteinte à bout de doigt. Dilatation presque complète. Bruits du cœur bons.

A 8 h. : dilatation complète. Douleurs faibles et de peu de durée. Bruits du cœur bons. La présentation est toujours haute.

A 13 h. même diagnostic.

A 18 h. : efforts expulsifs.

A 19 h. 45 : *accouchement* spontané. Fille vivante pesant 3.260 gr.

A 20 h. : délivrance naturelle complète. Placenta : 650 gr. Durée du travail 22 h. 15.

A. P. — 3 grossesses à terme. 3 enfants vivants et bien portants, suites de couches normales. 1 fausse-couche de 2 mois entre la 2^e et la 3^e grossesse.

A des pertes blanches assez abondantes depuis le début de la grossesse actuelle, s'accompagnant de douleurs dans le bas-ventre. Va à la Consultation du Docteur Lapointe à St-Antoine. On lui ordonne le repos complet et des injections bi-quotidiennes. Suit le traitement indiqué jusqu'au 5^e mois et se trouve très améliorée.

A noter une constipation assez marquée.

Les suites de couches ont été normales. La température s'est toujours maintenue strictement à 37°. Lochies normales.

Au 6^e jour prélèvement et gono-réaction négatifs.

Le 10^e jour la malade quitte le service. Involution utérine normale.

OBSERVATION XII

Pertes verdâtres très abondantes. Suites de couches normales. Lochies légèrement purulentes. Involution normale. Gono-coque intra-cervical. Gono-réaction positive.

Mme L... Bernadette, 3^e pare, 29 ans, entre à la Maternité le 12 mars.

A. P. — Réglée assez tard 17 ans. N'a jamais eu de pertes blanches. Mariée à 21 ans.

A eu deux grossesses : à terme; 2 garçons : le 1^{er} mort à 11 mois d'une broncho-pneumonie, le 2^e bien portant. Suites de couches normales, n'a jamais fait de fausse-couche.

Pertes blanches depuis sa première grossesse; plus abondantes au cours de la seconde, surtout vers la fin.

Après son deuxième accouchement, a fait une crise douloureuse abdominale avec température et vomissements. Un médecin appelé pense à une appendicite (?). Hospitalisée à la Pitié 8 jours : repos et glace sur le ventre.

Rentrée chez elle, continue à souffrir du bas-ventre. Les pertes sont très abondantes. Son médecin prescrit des injections et des ovules. Amélioration considérable.

Au cours de la gestation actuelle a des pertes jaunâtres très abondantes mais n'a jamais souffert du bas-ventre. Pas de brûlures aux mictions.

Entre à la Maternité le 12 mars à minuit. Examen d'entrée : grossesse à terme. Enfant vivant, tête en bas, engagée, dos à gauche, dilatation petite paume de main.

A 2 heures : dilatation complète.

A 2 h. 45 : accouchement spontané. Garçon vivant, 3.540 gr. Durée du travail : 4 h. 45.

A 3 h. 10 : légère hémorragie de la délivrance (env. 500 gr.). Délivrance naturelle (membranes déchirées paraissant complètes). Placenta 570 gr.

L'hémorragie persistant, on fait un centimètre cube d'hy-

pophyse, 10 cm³ d'huile camphrée et 500 gr. de sérum physiologique.

Le pouls est rapide à 136. Pas de température.

A 3 h. 30 : pouls à 120, mieux frappé.

La femme se remet très rapidement de ce schock.

Suites de couches absolument apyrétiques.

Au 9^e jour on fait un prélèvement dans le col et dans l'urèthre : présence de nombreux *diplocoques Gram 0*. Culture négative. Gono-réaction négative.

Le 13^e jour la malade quitte le service. Les lochies sont légèrement purulentes. Involution utérine normale.

OBSERVATION XIII

Pertes jaunâtres pendant la gestation. Poussée fébrile le 6^e jour. Lochies, involution normales. Gonocoque intra-cervical. Gono-réaction négative.

Mme H... Dolorès, 1^{re} pare, 16 ans.

A. P. — Régliée à 13 ans. Aucun antécédent spécial. A des pertes jaunâtres depuis sa grossesse assez abondantes et tachant fortement le linge. Pas de troubles urinaires.

Hospitalisée le 11 mars 1928 à 15 h.

Examen d'entrée : grossesse à terme. D. R. : 30 mai 1927. Enfant vivant, tête en bas, dos à gauche, dilatation 0 fr. 50. Urines normales. A 21 h. dilatation de 2 fr.

Le 12 mars à 1 h. 30 : dilatation complète.

A 2 h. 20 : *accouchement* spontané, garçon vivant pesant 3.000 gr.

A 3 h. 30 : délivrance naturelle complète. Placenta : 400.

Suites de couches normales pendant les 5 premiers jours.

Au 6^e jour, élévation de la température à 38° le matin, et 39°8 le soir. A ce moment l'examen clinique ne permet de déceler aucun signe organique en rapport avec cette hyperthermie.

La palpation abdominale n'est pas douloureuse. Les lochies ne sont pas purulentes. La malade ne se plaint de rien.

7^e jour : chute de la température à 37°. Le lendemain on pratique un examen des sécrétions cervicales et uréthrales : présence de *diplocoques intra et extra-cellulaires Gram négatif*.

Culture sur gélose ascite négative. Gono-réaction négative. La malade quitte le service le 10^e jour : température à 37°. Lochies normales. Involution normale.

OBSERVATION XIV

Végétations vulvaires abondantes. Cervicite pendant la grossesse. Salpingite au 4^e jour. Température dans les suites de couches. Gonocoque intra-cervical. Gono-réaction négative.

Mme L... Julienne, 1^{re} pare, 23 ans.

A. P. — Réglée à 16 ans, régulièrement. Aucun antécédent pathologique.

Mariée à 22 ans. Enceinte quelques mois après.

Evolution de la grossesse : bonne jusqu'à 6 mois.

Au 6^e mois, apparition de pertes jaunâtres assez abondantes, s'accompagnant d'un peu de brûlures aux mictions. Peu après la malade constate la présence de *végétations vulvaires*. Vient à la consultation où on lui conseille des injections au permanganate.

Les pertes augmentent jusqu'à la fin de la grossesse, deviennent plus verdâtres, d'odeur très forte et tachant fortement le linge.

La malade est obligée de se garnir fréquemment.

Les végétations subissent parallèlement une prolifération très marquée, occupant presque toute la vulve au moment de l'accouchement.

Hospitalisée le 10 mars à 1 heure : grossesse à terme, enfant vivant, dos à gauche, dilatation 2 fr., membranes intactes. Urines normales. On est frappé à l'entrée par la présence de ses végétations vulvaires et l'abondance de l'écoulement purulent.

Le 10 mars à 5 h. 30 dilatation complète, rupture spontanée des membranes.

A 6 h. 10 : *accouchement* spontané, garçon vivant, 3.520 gr.

A 7 h. délivrance naturelle complète, placenta 600 gr.

10 minutes après la délivrance état de *schock* sans hé morragie externe. Pouls 120, pâleur de la face. Hypophys et huile camphrée.

Le *schock* se dissipe. Le pouls est à 112. Il se produit une expulsion de caillots de 300 gr. env. On fait une transfusion de 200 gr. Température après l'accouchement 38°3. Pouls à 100.

Les 2 jours qui suivent l'accouchement, température entre 37° et 38°. Le 13 mars (4^e jour), *brusque ascension de la température* le soir à 39°2 avec douleurs abdominales localisées à gauche.

Au toucher : sensibilité du cul-de-sac gauche. Le lendemain on perçoit une *masse annexielle* assez douloureuse.

Le 16 température le matin 38°5, le *soir* 39°4. On fait un cm³ et demi de propidon.

Le 17 : température 39° 2 le matin, 40° le soir. Septicémie intraveineuse. On pratique une hémoculture qui est négative.

Le 18 : propidon 2 cm³. Température 40°.

Le 19 : température 38°8 le matin, 38°6 le soir. Pouls 104. Les douleurs abdominales sont moins vives.

Le 20 : propidon 3 cm³ et demi.

Le 21 : température 37°8 le matin, 39°1 le soir.

Au toucher il persiste encore une masse dans le cul-de-sac gauche mais non douloureuse.

Le 22 : propidon 2 cm³.

Le 24 : les douleurs abdominales ont disparu. Masse très diminuée à gauche. Petite masse non douloureuse à droite.

Le 25 : apparition de pertes verdâtres assez abondantes.

Le 28 : prélèvement intra-cervical : présence de gonocoque intra et extra-cellulaire. Rien dans l'urèthre. Gono-réaction négative.

On note encore la présence à la partie supérieure droite de la vulve de 2 végétations peu volumineuses. Elles sont le reliquat des nombreuses végétations que présentait cette malade avant l'accouchement.

Du 28 mars au 3 avril, la température est normale. La malade va bien, et quitte à ce moment le service.

Au toucher, on ne sent plus de masse annexielle.

Involution utérine normale.

OBSERVATION XV

Bartholinite au 3^e jour de l'accouchement. Suites de couches fébriles du 3^e au 7^e jour. Présence de gonocoque dans l'urèthre. Lochies et involution normales.

Mme H... Charlotte, 21 ans, 1^{re} pare, entre à la Maternité le 14 mars 1928 ayant accouché en ville chez une sage-femme agréée depuis 5 jours.

Renseignements fournis par la sage-femme : accouchement spontané de 8 mois et demi environ, le 8 mars. Présentation du sommet. Durée du travail 5 h. et demie. Enfant vivant pesant 2.500 gr. Délivrance une demi-heure après. naturelle, complète (placenta non pesé).

A. P. — Pleurésie gauche il y a 2 ans.

Pertes blanches depuis son mariage. Plus abondantes pendant sa grossesse, plus verdâtres, épaisses, tachant le linge. Pas de brûlures aux mictions.

Température à 37° les 2 jours qui suivent l'accouchement,

Le 3^e jour, apparition d'une tuméfaction douloureuse de la grande lèvre droite. Ascension thermique à 40°.

Le 4^e jour, incision de la collection (faite en ville). Aurait donné issue à un liquide sanglant mêlé de caillots et macroscopiquement sans pus (?).

Après incision, température le soir 37°.

Le 5^e jour : température le matin 38°5, le soir 40°. La malade est envoyée à ce moment à l'hôpital.

Le 13 mars (6^e jour) : malade fatiguée, température du matin 37°4; le soir 39°. Pouls en rapport avec la température.

Lochies normales peu abondantes. Pas de douleurs abdominales.

Localement tuméfaction très diminuée. Compresse humides chaudes sur la vulve.

A partir du 15, guérison rapide. Apyrexie complète jusqu'à la sortie de la malade le 24 mars.

Le 20 on a pratiqué un prélèvement dans le col et dans l'urèthre. Absence de gonocoque intra-cervical. Présence de diplocoque intra et extra-cellulaire Gram 0 dans l'urèthre. Gono-réaction négative.

Lochies et involution normales.

OBSERVATION XVI

Pertes jaunes verdâtres pendant la grossesse. Absence de gonocoque avant et après l'accouchement. Gono-réaction négative. Suites de couches apyretiques. Lochies normales. Involution retardée.

Mme A... Madeleine, 1^{re} pare, 20 ans, vient consulter pour la première fois le 20 avril 1928 au 2^e mois de sa grossesse. D. R. : 3 février 1928.

A. P. — Rien de spécial à noter. Pas de leucorrhée étant jeune fille.

Mariée depuis 6 mois. A des pertes jaunes plus ou moins abondantes tachant fortement son linge.

Actuellement grossesse de 2 mois, pertes plus abondantes et plus verdâtres depuis le début.

Prélèvement intra-cervical négatif : gono-réaction négative. Revue à 3 mois et demi, 5 mois et demi et 8 mois. Pertes toujours très abondantes. On n'a jamais trouvé de gonocoque à l'examen direct, la gono-réaction a toujours été négative.

Accouchement le 11 novembre 1928.

Entrée à la Maternité le 11 novembre à 4 heures avec une dilatation de 2 francs, ayant rompu précocement ses membranes à minuit, enfant vivant, tête en bas engagée, dos à gauche.

A 9 h. 20, dilatation complète.

A 9 h. 50 : accouchement spontané, garçon vivant, 3.600 gr.

50 minutes après : délivrance naturelle complète. Placenta 540 gr.

Suites de couches apyrétiques. Lochies normales. Prélèvement et gono-réaction négatifs le 10^e jour.

Le 12^e jour la malade quitte le service : involution retardée, le fond utérin est à 4 travers de doigt au-dessus de la symphyse.

OBSERVATION XVII

Recherche du gonocoque positive avant l'accouchement, négative après, suites de couches apyrétiques. Lochies légèrement purulentes. Subinvolution utérine. Gono-réaction négative avant et après.

Mme B... Jeanne, 19 ans, 2^e pare, entre à la Maternité au terme de sa grossesse.

A. P. — Paralyse infantile à 28 mois, à 14 ans opérée à

Trousseau; amélioration consécutive mais claudication persistante. Réglée à 13 ans, règles irrégulières et douloureuses. A eu quelques pertes blanches étant jeune fille.

Pertes plus abondantes et plus jaunâtres depuis son mariage.

1^{re} grossesse : à terme, forceps pour longueur du travail, enfant vivant, bien portant, suites de couches normales.

2^e grossesse : évolution normale.

Depuis le 8^e mois, pertes plus abondantes et verdâtres; brûlures aux mictions. Hospitalisée le 20 avril.

On est frappé à l'entrée par la taille de la malade 1 m. 42, par le raccourcissement du membre inférieur gauche et l'atrophie musculaire du même côté.

Examen obstétrical : grossesse à terme (D. R. 14 juillet 1927). Enfant vivant, tête en bas engagée, dos à droite.

Au toucher, bassin asymétrique. Arc antérieur du bassin légèrement aplati. On ramène des pertes verdâtres assez abondantes. *Prélèvement intra-cervical : présence de diplocoque intra-cellulaire Gram 0.* Culture et gono-réaction négatives.

Accouchement spontané le 27 avril à 2 h. 5. Durée du travail : 12 h. Fille vivante pesant 3.270 gr.

A 2 h. 45, délivrance naturelle complète. Placenta 650 gr. Suites de couches absolument apyrétiques.

La malade s'est plaint de quelques douleurs dans le bas-ventre les premiers jours qui ont suivi l'accouchement. Lochies un peu fétides mais non purulentes. Glace sur le ventre.

Au bout de 5, 6 jours ne souffre plus.

Le 10^e jour prélèvement intra-cervical; absence de diplocoque. Gono-réaction négative.

A ce moment, les lochies sont légèrement purulentes.

Part le 11^e jour : subinvolution utérine.

Un Wassermann pratiqué a été négatif

OBSERVATION XVIII

Cervicite, vaginite pendant la grossesse. Prélèvement et gonoréaction négatifs avant l'accouchement. Lochies un peu fétilides. Gonocoque dans l'urèthre après l'accouchement. Subinvolution.

Mme L... Louise, 4^e geste, 29 ans.

A. P. — Réglée à 15 ans toujours régulièrement.

2 grossesses à terme, 2 enfants vivants et bien portants. Suites de couches normales.

1 fausse-couche de 3 mois il y a 1 an et demi.

Pas de pertes blanches à la première grossesse. A la deuxième voit des pertes dans les derniers mois, pertes jaunes verdâtres. Rien entre la 2^e grossesse et la fausse-couche.

Grossesse actuelle : à terme. D. R. 20 août 1927. Depuis 1 mois et demi se plaint d'avoir des *pertes verdâtres* très abondantes, d'odeur fétide et tachant fortement le linge. Brûlures aux mictions assez accusées.

Au spéculum : *vaginite* assez intense *cervicite*. Prélèvement intra-cervical, la culture et la gonoréaction sont restés négatifs.

Admise à la salle de travail le 1^{er} juin 1928 avec une dilatation de 2 francs.

A 6 heures, dilatation complète. A 6 h. 30, *accouchement* spontané en OIGA d'un garçon vivant pesant 3.420 gr.

Délivrance naturelle complète. Placenta 550 gr.

Température après l'accouchement 38°4, le soir 37°4.

Le 4^e jour, crochet à 38°2. La femme accuse quelques douleurs abdominales. Lochies un peu fétides, glace sur le ventre.

Le 6^e jour, prélèvement intra-cervical : on retire quelques débris membraneux du col entr'ouvert.

Lochies non purulentes mais légèrement fétides.

Par pression de l'urèthre on ramène une gouttelette de pus au méat où l'examen direct a montré quelques diplocoques. Gram négatif.

Pas de gonocoque dans le col. Gono-réaction négative. Glace maintenue jusqu'au 10^e jour. Pas de température. La malade part le 12^e jour, l'utérus est subinvolué.

OBSERVATION XIX

(Publiée in extenso page 58).

OBSERVATION XX

Arthrite blennorragique de l'épaule apparue une quinzaine de jours avant l'accouchement. Ophthalmie de l'enfant. Recherche du gonocoque positive chez la mère et l'enfant. Gono-réaction négative. Température subfébrile des suites de couches.

Mme H... Alphonsine, 3^e pare, 23 ans, entre à l'hôpital le 16 mai 1928.

A. P. — Réglée à 12 ans, toujours régulièrement. Pas d'antécédents spéciaux à noter.

1^{re} grossesse à terme, garçon 5 ans bien portant, suites de couches normales.

2^e grossesse, à terme; aurait fait de la pyélonéphrite dans les suites de couches.

N'a jamais eu de pertes blanches au cours de ses deux grossesses.

3^e grossesse (actuelle) : D. R. 25 août 1927. Apparition le dernier mois de pertes franchement verdâtres, épaisses, tachant fortement le linge et s'accompagnant d'envies fréquentes d'uriner sans brûlures aux mictions. Particulièrement abondantes les derniers jours.

15 jours avant l'accouchement, fait une poussée rhumatismale de toutes les articulations avec légère poussée ther-

mique et transpirations assez abondantes. Cet épisode dure 5 jours environ puis les douleurs se localisent à l'épaule gauche entraînant une gêne fonctionnelle assez marquée.

Examen d'entrée (16 mai 28) : grossesse près du terme. H. U. : 33 cm.; enfant vivant, tête en bas engagée, dos à gauche. Dilatation complète; membranes rompues depuis 30 minutes environ.

A 19 h. 45, accouchement spontané, fille vivante pesant 2.750 gr. Durée du travail 7 heures. A 20 h. 20 : délivrance naturelle complète, placenta 370 (cordon inséré en raquette).

La malade se plaint de son épaule gauche. Rien de spécial à l'inspection. La palpation est douloureuse partout. Les mouvements de l'articulation sont limités en raison de la douleur.

Pas de température après l'accouchement.

2 jours après, apparition chez l'enfant d'un écoulement purulent de l'œil gauche. Adressé à la consultation d'Ophthalmologie qui répond « conjonctivite à gonocoques ». Un examen du pus oculaire nous a montré de nombreux gonocoques.

Lochies purulentes chez la mère. *Prélèvement intra-cervical : nombreux diplocoques intra et extra-cellulaires. Gram négatif. Culture négative. Gono-réaction négative.*

La mère et l'enfant sont envoyés aussitôt à l'Hôtel-Dieu dans un service spécial.

Renseignements fournis à l'Hôtel-Dieu (service du Professeur Terrcin) : la malade a quitté la salle Daviel le 27 mai (11 jours après son accouchement).

Température subfébrile continue. Pas de gros changements de l'arthrite. On aurait fait 4 injections de vaccin anti-gonococcique à la mère. Quant à l'enfant, il aurait eu une ophtalmie double déclarée le 21. Des examens bactériologiques pratiqués à plusieurs reprises ont montré des gonocoques intra et extra-cellulaires.

Malgré un traitement actif, pas d'amélioration notable.

Par surcroît la mère, qui est au secret, emporte son enfant malgré toutes les recommandations.

OBSERVATION XXI

Episode aigu au 8^e mois, suites de couches fébriles. Gonocoque intra-cervical. Gono-réaction négative. Lochies purulentes. Subinvolution utérine.

Mme P.: Simone, 19 ans et demi, 1^{re} pare, entre à la Maternité pour accoucher.

A. P. — maladies de l'enfance.

D. R. de la grossesse actuelle : 8 août 1927.

Evolution bonne les 7 premiers mois de la gestation.

Au début du 8^e mois, apparition de pertes jaunes verdâtres, abondantes, épaisses, avec brûlures aux mictions. A la consultation on lui conseille des injections à la liqueur de Labarraque.

Au 9^e mois, pertes plus abondantes, surtout à la veille d'accoucher. Entre à la Maternité le 14 mai à 23 h. : grossesse à terme, tête en bas, dos à droite, dilatation 1 fr., membranes intactes. Urines normales.

A 23 h. 30 : dilatation complète. Rupture spontanée de la poche des eaux. Le 15 à minuit 30 : *accouchement* spontané; fille vivante, 2.750 gr. Durée du travail : 9 h. 30. A 1 h. 40 : délivrance naturelle complète. Placenta 510 gr.

Suites de couches fébriles pendant plusieurs jours. Rien les deux premiers jours. Le 3^e jour, ascension de la température à 37°6 le matin, 38°4 le soir. A ce moment la malade accuse simplement quelques douleurs dans le bas-ventre. Les lochies sont purulentes. Glace sur le ventre.

4^e et 5^e jour, température entre 38° et 39°. Brûlures aux mictions, 7^e jour.

Chute de la température et amélioration de l'état géné-

ral. (La veille la malade avait été transférée à l'isolement en raison de la température persistante.)

Du 7^e au 17^e jour, date de son départ, la malade va aussi bien que possible, et sauf un crochet le 10^e jour à 38°5, la température s'est toujours maintenue à la normale.

Lochies purulentes jusqu'à la fin. Un prélèvement effectué au 8^e jour a montré de nombreux *diplocoques Gram 0*; gono-réaction négative.

Subinvolution utérine. Au 17^e jour le fond utérin est à 8 cm. au-dessus de la symphyse.

A signaler chez l'enfant une légère conjonctivite de l'œil droit rapidement guérie par le nitrate d'argent.

OBSERVATION XXII

Cervicite. Recherche du gonocoque négative avant l'accouchement; positive dans l'urèthre après l'accouchement. Suites de couches normales. Gono-réaction négative avant et après.

Mme C., Germaine, 28 ans, 1^{re} pare, entre à la Maternité au terme de sa gestation.

A. P. — Réglée à 18 ans régulièrement, n'a jamais eu de pertes blanches étant jeune fille.

Mariée à 22 ans. Depuis un an, a des pertes blanches peu abondantes. Grossesse bien supportée. Depuis 2 mois, pertes plus abondantes jaunes verdâtres, tachant le linge. Pas de brûlures aux mictions. Actuellement grossesse à terme, enfant vivant, tête en bas, dos à droite.

Au spéculum : cervicite, pertes verdâtres abondantes. Prélèvement, culture et gono-réaction négatifs.

Entre à l'hôpital le 29 mai à 7 h. ayant des douleurs depuis une heure environ. Dilatation 1 fr.; rupture précoce des membranes. A 15 h. 10, dilatation complète. A 16 h. *accouchement* spontané. Fille vivante pesant 3.150 gr. Durée du

travail : 9 heures. A 16 h. 40, délivrance naturelle complète. Placenta 550 gr.

Suites de couches absolument normales. Pas de température. Lochies normales.

Prélèvement au 8^e jour : pas de gonocoque intra-cervical. Quelques *diplocoques* Gram. 0 dans l'urèthre. Gono-réaction négative.

La malade part le 11^e jour. Légère subinvolution utérine.

OBSERVATION XXIII

Vaginite granuleuse. Végétations vulvaires pendant la grossesse. Pas de gonocoque. Gono-réaction positive. Suites de couches fébriles du 3^e au 7^e jour. Prélèvement et gono-réaction négatifs après l'accouchement. Lochies, involution normales.

Mme N... Simone, 24 ans, 2^e pare, entre à l'hôpital au 8^e mois de sa grossesse.

A. H. — Antécédents héréditaires tuberculeux certains.

A. P. — Spina-Ventosa à 4 ans. Bronchite tous les hivers.

Mari soigné dans un sanatorium.

1^{re} grossesse : à terme, fille 1 an bien portante.

2^e grossesse (actuelle) : marquée au début par des syncopes fréquentes, légère hémoptysie à 6 mois.

A eu des pertes blanches à la première grossesse, peu abondantes. Depuis environ 3 mois, a des pertes verdâtres très abondantes et très épaisses. Pas de brûlures aux mic-tions.

Examen d'entrée : grossesse de 8 mois D. R. 14 août 1927. H. U. 31 cm.; enfant vivant, tête en bas immobile, dos à gauche.

Présence de végétations vulvaires et périnéales.

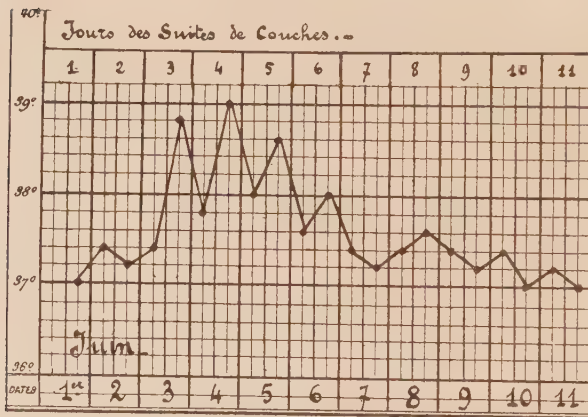
Au toucher : vaginite granuleuse. Spéculum : cervicite,

crachat muco-purulent. Prélèvement intra-cervical négatif. Gono-réaction positive. Examen pulmonaire : sub-matité en arrière et à gauche au sommet avec râles sous-crépitants fins.

Le 1^{er} juin à 15 heures, début du travail.

A 19 h. 30 : dilatation petite paume, membranes intactes.

A 20 h. 10 : rupture tempestive à dilatation complète.



A 20 h. 30 : *accouchement* spontané à terme, fille vivante pesant 3.700 gr. Durée du travail 5 h. 30.

A 21 h. 20 délivrance naturelle complète. Placenta 550.

Suites de couches fébriles du 3^e au 7^e jour avec crochets progressivement ascendants et descendants, avec maximum de 39° au 4^e jour. Durant cette période on ne note rien de spécial. Les lochies sont normales. Aucune poussée pulmonaire.

Le 7^e jour, prélèvement intra-cervical négatif. Gono-réaction négative.

Au 15^e jour, involution normale. Pas de température, la malade quitte le service un mois après.

OBSERVATION XXIV

Pertes verdâtres au 7^e mois. Suites de couches normales. Lochies purulentes au 4^e jour. Conjonctivite de l'enfant. Pas de gonocoque. Gono-réaction positive. Involution normale.

Mme B... Adrienne, 1^{re} père, 20 ans.

A. P. — Réglée à 17 ans, aucun antécédent spécial à noter.

Au 7^e mois de sa gestation, voit apparaître des pertes jaunâtres assez abondantes, verdâtres par la suite. Quelques douleurs dans le bas-ventre, pas de brûlures aux mictions. Les pertes augmentent jusqu'à la fin.

Entre à l'hôpital le 14 mai 1928 à 8 h. 30.

Examen d'entrée. — grossesse à terme. D. R. : 26 août.

Tête engagée, enfant vivant; dos à gauche; dilatation complète, membrane rompues.

A 10 h. 30 : accouchement spontané, fille pesant 3.100.

Durée du travail : 9 h. 30.

A 11 h. 30, délivrance naturelle complète. Placenta 650 gr.

Notre attention a été attirée sur cette malade dans les suites de couches en raison de son écoulement lochial purulent apparu au 4^e jour et d'une conjonctivite chez l'enfant.

Des examens pratiqués chez la mère et chez l'enfant n'ont pas permis de déceler le gonocoque. Par contre la gono-réaction est fortement positive chez la mère.

Le 12^e jour quitte le service, apyrétique. Lochies tarries. Involution normale.

Conjonctivite de l'enfant guérie par le nitrate d'argent.

OBSERVATION XXV

(Publiée in extenso page 32.)

OBSERVATION XXVI

Vaginite et cervicite pendant la gestation. Absence de gonocoque dans les sécrétions cervicales. Gono-réaction négative.

Mme S... Blanche, 21 ans, 1^{re} pare, est vue à la consultation le 18 juin 1928.

A. P. — Réglée à 14 ans, toujours régulièrement, aucun antécédent pathologique spécial à noter.

A des pertes jaunes verdâtres depuis sa grossesse, assez abondantes et tachant fortement son linge. Pas de brûlures aux mictions.

Actuellement : grossesse de 8 mois environ, évoluant normalement.

Au spéculum : vaginite, cervicite assez abondante.

Prélèvement intra-cervical et uréthral négatif. Culture négative. Gono-réaction négative.

N'a pas été revue après son accouchement.

OBSERVATION XXVII

Arthrite blennorragique de la gestation. Recherche du gonocoque positive avant et après l'accouchement. Suites de couches normales. Lochies purulentes. Gono-réaction négative.

Mme T... Germaine, 21 ans, 3^e pare, entre à la Maternité le 18 juin 1928 pour rhumatisme de la cheville et de l'index gauche.

A. P. — Réglée à 15 ans, toujours régulièrement.

1^{re} grossesse : accouchement prématuré 7 mois, enfant macéré. Aurait fait des crises d'éclampsie avant l'accouchement. Suites de couches normales. Aurait eu un Wassermann négatif.

2^e grossesse : à terme, suites de couches normales.

3^e grossesse (actuelle) : a fait une attaque de chorée au 3^e mois. La première atteinte remonte à l'âge de 11 ans.

A été soignée à St-Antoine, salle Hanot. Un Wassermann à ce moment a été négatif.

N'a jamais fait de fausse-couche.

A eu quelques pertes blanches à la première grossesse, rien à la seconde. Au cours de la gestation actuelle, apparition de pertes verdâtres abondantes avec brûlures aux mic-tions, surtout dans les derniers mois.

Actuellement on se trouve en présence d'une femme au 8^e mois de sa grossesse. D. R. 10 octobre 1927.

Rien de spécial à noter à l'examen obstétrical.

Examen général : les localisations articulaires n'ont débuté que 3 jours avant son hospitalisation. C'est d'abord l'articulation de la 1^{re} et de la 2^e phalange de l'index gauche qui a été prise; la tibio-tarsienne n'a été prise que le jour même de son entrée à l'hôpital.

L'articulation des phalanges de l'index est légèrement gonflée, le doigt est demi-fléchi; les mouvements de flexion et d'extension sont très douloureux.

Quant à l'articulation tibio-tarsienne du même côté elle est rouge et légèrement œdématiée. Palpation très douloureuse. Douleur surtout péri-articulaire entraînant une grosse gêne fonctionnelle.

Un prélèvement des *sécrétions intra-cervicales* et uréthrales a montré du *gonocoque* très abondant. La gono-réaction a été négative.

Le 30 juin, à 21 h., début du travail.

Le 1^{er} juillet à 7 h. 15 : dilatation complète. Rupture spontanée des membranes.

A 7 h. 30 accouchement spontané en OIGA d'une fille vivante pesant 3.970 gr. A. 8 h. 20, délivrance naturelle complète. Placenta 540 gr., durée du travail 10 h. 30.

Suites de couches apyrétiques.

Lochies purulentes à partir du 6^e jour. Involution normale.

Gono-réaction 3^e jour négative.

Prélèvement au 6^e jour : nombreux gonocoques dans les lochies cervicales.

A partir du 4^e jour les atteintes articulaires subissent une régression nette et la malade quitte le service le 12^e jour bien portante.

OBSERVATION XXVIII

Pertes jaunâtres. Température dans les suites de couches. Lochies normales. Subinvolution utérine. Présence de gonocoque dans l'urèthre. Gono-réaction négative.

Mme P... Renée, 37 ans, 3^e pare, est admise le 22 juin à 7 h. 20 au terme de sa grossesse.

Examen d'entrée: D. R. : 10 septembre, enfant vivant, dos à gauche; dilatation 1 fr.; membranes intactes.

A 20 h. : dilatation complète, rupture spontanée de la poche des eaux. 20 h. 20 : accouchement spontané: garçon vivant pesant 4.050 gr. A 21 h. 15 : délivrance naturelle complète, placenta 600 gr.; durée du travail 13 heures.

A. P. — Réglée à 14 ans, toujours régulièrement. Pertes blanches depuis son mariage.

A eu deux grossesses à terme; 2 enfants vivants bien portants. Aurait fait de la température dans ses suites de couches (?). Apparition de pertes jaunâtres à la fin de la 3^e gestation avec brûlures aux mictions.

Suites de couches fébriles.

Fait 39° le lendemain de l'accouchement, pouls en rapport avec la température Rien de spécial à l'examen

3^e jour : 37°6 le matin, 38° le soir.

4^e jour : température normale. Remonte à 37°8 le 5^e jour; puis redescend à la normale.

Nouveau crochet à 38° le 7^e jour. Les lochies sont normales. Prélèvement intra-cervical négatif; mais on trouve

dans l'urèthre quelques diplocoques extra-cellulaires. Gram 0. Gono-réaction négative. Part le 10^e jour. Température à 37°. Subinvolution utérine.

OBSERVATION XXIX

Température subfébrile des suites de couches. Présence de gonocoque intra-cervical. Gono-réaction négative. Lochies purulentes. Involution normale.

Mme D... Marcelle, 30 ans, 2^e pare, admise à la Maternité le 22 juin à 0 h. 55 : grossesse à terme. D. R. : 10 septembre. Dilatation complète. Poche des eaux bombant à a vulve et se rompant spontanément. Tête à la vulve.

A 1 heure : *accouchement* spontané, fille vivante, 3.070 gr.

A 2 h. : délivrance naturelle; membranes dissociées et déchirées. Petite rétention probable d'un lambeau de chorion. Placenta 340 gr.

A. P. — 1^{re} grossesse à terme, fille 5 ans, bien portante. Aurait eu des suites de couches fébriles (?)

A eu des pertes blanches pendant cette grossesse mais les pertes sont plus abondantes, plus jaunâtres au cours de la gestation actuelle. Pas de brûlures aux mictions.

N'a jamais consulté. Arrivée à l'hôpital à la dilatation complète.

Température légèrement subfébrile des suites de couches avec maximum de 38°4, le 3^e jour. 2 crochets à 37°8; le 4^e, le 8^e jour.

Le 7^e jour, lochies purulentes. *Prélèvement intra-cervical : présence de gonocoques intra et extra-cellulaires. Gono-réaction négative.*

Part le 13^e jour, involution utérine normale.

OBSERVATION XXX

Cervicite. Pyélonéphrite colibacillaire au 6^e mois. Pas de gonocoque intra-cervical. Gono-réaction négative.

Mme C... Esther, 25 ans, 3^e pare, entre à la Maternité le 29 juin pour douleurs lombaires bilatérales plus marquées du côté droit.

A. P. — Réglée à 15 ans régulièrement.

1^{re} grossesse à terme, garçon 5 ans bien portant. Aurait fait de la température avec grandes oscillations pendant 8 jours environ, dans les suites de couches. Ne peut préciser exactement ce qu'elle a eu. Aurait été traitée par la glace et propidon pour violentes douleurs dans la fosse iliaque gauche (?).

2^e grossesse : à terme, suites de couches normales.

A toujours eu des pertes blanches très abondantes au cours de ses gestations, sans signe de cystite.

Examen actuel : grossesse de 6 mois. H. U. : 26 cm., tête en bas mobile, dos à droite, enfant vivant.

Depuis 2 jours souffre des reins. Urines troubles et oliguriques.

Pas de brûlures aux mictions. Constipation assez marquée.

La palpation des deux régions lombaires est douloureuse, principalement à droite où il y a une légère contracture. Uretères légèrement sensibles. Pas de température.

Sondage des urines : pyurie et bacillurie. Colibacille à la culture.

Au spéculum : cervicite, pertes jaunâtres abondantes. Pas de gonocoque à l'examen direct. Gono-réaction négative.

Sous l'influence de l'urotropine, amélioration rapide. La malade quitte le service au bout de quelques jours.

N'a pas été revue après l'accouchement.

OBSERVATION XXXI

Pyélonéphrite à 7 mois et demi. Gono-réaction positive à ce moment, négative au 9^e mois et dans le post-partum. Cervicite. Vaginite granuleuse. Absence de gonocoque, suites de couches normales.

Mme P... Violette, 20 ans, 1^{re} pare, est hospitalisée le 11 mai pour douleurs rénales du côté gauche.

A. P. — Rien de spécial à noter. A des pertes jaunâtres assez abondantes depuis sa grossesse, s'accompagnant de brûlures aux mictions et tachant fortement le linge.

H. M. : 2 jours avant son hospitalisation a été prise au réveil d'un point douloureux irradiant de la région lombaire gauche vers le bas-ventre. Douleur continue exacerbée par des inspirations profondes. Mictions plus fréquentes avec sensation de brûlures plus accusées. Urines troubles avec dépôt. Température 39° à son entrée.

Examen : Douleur et contracture de la région lombaire gauche. Au toucher : douleur au point d'abouchement de l'uretère.

Examen d'urines : pyurie et bacillurie considérables. A la culture, bacille Gram négatif; type coli.

Régime : urotropine : 1 gr. 50 par jour.

Du 11 au 14 mai, température à grandes oscillations. Urines troubles et oliguriques.

Le 15 mai : cathétérisme de l'uretère : chute de la température qui se maintient désormais à 37°.

Le 16, nouvel examen d'urines, ni pyurie, ni bacillurie. Etat général satisfaisant.

Signalée tardivement comme ayant des pertes abondantes, nous n'avons pu pratiquer qu'une gono-réaction qui s'est révélée fortement positive.

Revue au 9^e mois de sa gestation. N'a plus souffert de son côté gauche. Evolution de la grossesse bonne. A l'exa-

men : léger excès de liquide. H. U. : 37 cm. Tête mobile au-dessus du D. S., dos à droite, enfant vivant.

Les pertes ont beaucoup augmenté ces derniers temps. Elles sont plus verdâtres et tachent fortement le linge. Au toucher : vaginite granuleuse. Absence de gonocoque dans le col et dans l'urèthre. La gono-réaction est devenue négative.

Accouchée en ville chez une sage-femme agréée.

Renseignements fournis : accouchement spontané, rupture tempestive de la poche des eaux. Garçon vivant pesant 3.600 gr. Délivrance naturelle complète. Placenta non pesé.

Suites de couches apyrétiques. Lochies et involution normales. Les examens bactériologiques du post-partum n'ont pas été possibles. Une gono-réaction faite le 6^e jour a été négative.

OBSERVATION XXXII

(Publiée in extenso page 40.)

OBSERVATION XXXIII

Perles jaunes verdâtres abondantes. Suites de couches fébriles à partir du 6^e jour. Pas de gonocoque intra-cervical. Lochies normales. Subinvolution. Gono-réaction négative.

Mme L... Jeanne, 20 ans, 2^e pare. Entre à l'hôpital le 30 juin à 6 h. 50.

Examen d'entrée. — Grossesse à terme, D. R. : 10 octobre. Sommet engagé, dos à gauche, enfant vivant; dilatation complète. Rupture artificielle de la poche des eaux. A 7 h. accouchement spontané, fille vivante, 3.750 gr. 45 minutes après délivrance naturelle complète. Placenta 650 gr.

A. P. — Réglée à 11 ans, toujours régulièrement. Leucorrhée depuis l'âge de 10 ans assez abondante.

Mariée en 1926. 1^{re} grossesse à terme. Fille 1 an et demi, bien portante. Suites de couches normales. A eu des pertes blanches assez abondantes pendant cette grossesse sans brûlures aux mictions.

2^e grossesse actuelle. Pertes plus jaunes verdâtres qu'à la première gestation, surtout vers la fin. Un peu de brûlures aux mictions.

Suites de couches subfébriles à partir du 6^e jour. Aucun phénomène douloureux, mais utérus subinvolué. Lochies normales mais légèrement fétides.

Le 7^e jour, on donne 30 gouttes de Gynergène qu'on renouvelle 3 jours de suite.

Prélèvement et gono-réaction négatifs le 11^e jour.

La malade part le 12^e jour. La température est à 38°. Subinvolution utérine.

OBSERVATION XXXIV

Pertes verdâtres pendant la gestation. Accouchement prématuré à 6 mois. Lochies purulentes au 4^e jour. Pas de gonocoe. Gono-réaction négative. Involution normale.

Mme P... Odette, 22 ans, 5^e pare, entre à la Maternité le 5 juillet 1928. Grossesse de 6 mois. D. R. 15 janvier.

A l'entrée à 22 h. : dilatation presque complète. Membranes intactes, siège en bas mobile. Auscultation positive à gauche.

A 23 h. : rupture artificielle de la poche des eaux.

A 23 h. 25 : expulsion d'un fœtus vivant du sexe féminin pesant 1.080 gr. A minuit, délivrance naturelle complète. Placenta 350 gr.

A. P. — Réglée à 13 ans toujours régulièrement.

1^{re} grossesse : accouchement à 8 mois et demi. Fille 5 ans bien portante. Suites de couches normales.

2^e, 3^e et 4^e grossesses : à terme. Suites de couches normales.

A des pertes blanches depuis la 2^e gestation. A perdu davantage à chaque grossesse, surtout pour la dernière. Pertes devenues verdâtres, épaisses, fétides, avec brûlures aux mictions.

Suites de couches apyrétiques. Lochies purulentes au 4^e jour. Quelques brûlures aux mictions. Prélèvement et gono-réaction négatifs au 6^e jour. Involution normale. Wassermann négatif.

L'enfant est mort 3 jours après sa naissance.

OBSERVATION XXXV

Suites de couches fébriles. Lochies purulentes le 8^e jour. Gono-coque intra-cervical. Subinvolution utérine. Gono-réaction négative.

Mme P... Victoire, 23 ans, 1^{re} pare, est admise à la salle de travail le 16 juillet à 14 heures.

Examen d'entrée : grossesse à terme. D. R. 10 octobre Tête profondément engagée. Dilatation des membranes. A 14 h. 50 : accouchement spontané. Garçon vivant, 3.570 gr. Durée du travail : 10 h. 50.

1 h. 15 après délivrance naturelle. Placenta 570 gr. Membranes déchirées incomplètes. Glace sur le ventre.

A. P. — Réglée à 13 ans.

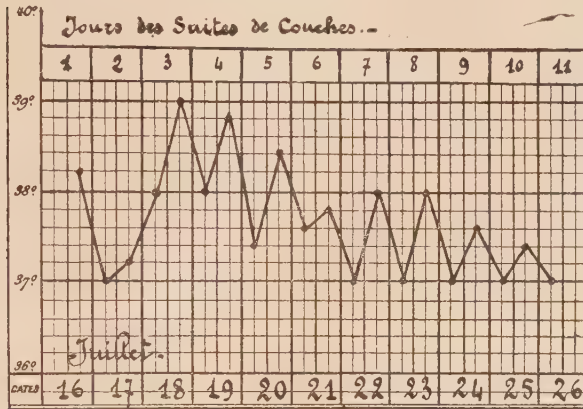
A des pertes depuis la gestation actuelle, jaunes verdâtres à la fin. Pas de brûlures aux mictions. N'a pas souffert du bas-ventre.

Suites de couches subfébriles.

Le 3^e jour 38° le matin, 39° le soir. La malade ne souffre pas. Palpation abdominale un peu douloureuse. Lochies épaissies fétides. On donne 30 gouttes de Gynergène 3 jours de suite. Le 4^e jour et les jours suivants température à clochers successifs progressivement descendants.

Le 8^e jour lochies purulentes.

Prélèvement intra-cervical le 9^e jour : on trouve de nombreux diplocoque intra et extra-cellulaires Gram 0. Rien dans l'urèthre. Gono-réaction négative.



Le 11^e jour, température normale, lochies encore légèrement purulentes. Subinvolution utérine. La malade quitte le service.

OBSERVATION XXXVI

Cervicite. Vaginite granuleuse. Suites de couches subfébriles. Lochies purulentes. Subinvolution utérine. Absence de gonocoque. Gono-réaction négative.

Mme A... Adèle, 21 ans, 1^{re} pare, entre à la salle de travail le 24 juillet à 14 h. 30.

Examen d'entrée : Grossesse à terme. D. R. 27 octobre. Tête en bas, dos à droite, enfant vivant. Membranes rompues depuis peu. On est frappé par la présence de pertes jaunes verdâtres abondantes et au toucher par une vaginite granuleuse (sensation de tapioca).

A 18 heures, dilatation complète. A 19 heures, accouchement spontané, fille vivante 3.170 gr. 19 h. 30, délivrance naturelle complète. Placenta 600 gr.

A. P. — Presque toutes les maladies de l'enfance.

Depuis le 2^e mois de la gestation actuelle pertes verdâtres, abondantes, avec brûlures aux mictions, tachant et empesant fortement le linge. Plus abondantes dans les derniers mois.

Suites de couches subfébriles. Température 38°6 après l'accouchement. Normale du 2^e au 4^e jour.

Le 5^e jour, température à 38°. Quelques douleurs abdominales.

Le 6^e jour, lochies purulentes. Crochet à 38°3. 7^e jour, prélèvement intra-cervical et uréthral négatif. Gono-réaction négative. Le 8^e jour, nouveau crochet à 38°4; les jours suivants température à la normale.

Part le 11^e jour. Lochies encore purulentes. Subinvolution utérine très nette.

OBSERVATION XXXVII

Episode aigu au 8^e mois. Cervicite. Vaginite. Uréthrite. Gonocoque dans le col et dans l'urèthre avant et après l'accouchement. Accouchement à 8 mois et demi. Suites de couches apyrétiques. Lochies purulentes le 11^e jour. Gono-réaction négative. Salpingite tardive au 21^e jour.

Mme B... Marguerite, 26 ans. 3^e geste, entre à l'hôpital le 30 septembre 1928 au 8^e mois de sa grossesse parce qu'elle a eu la veille une hémorragie assez abondante.

A. P. — Réglée à 15 ans assez irrégulièrement. A des pertes blanches depuis son mariage.

1^{re} grossesse : à terme, garçon 6 ans, bienportant, suites de couches normales.

Une fausse-couche de 2 mois et demi en août 1927.

Un an après son premier accouchement dit avoir fait une poussée de métrite avec salpingite gauche.

Gestation actuelle : Depuis 3 semaines a des pertes verdâtres très abondantes, fétides s'accompagnant de fortes brûlures aux mictions. Ce début aigu est rapproché par la malade elle-même d'un « échauffement » qu'aurait depuis ce moment son mari pour lequel il est en traitement.

Examen d'entrée : 20 septembre. Grossesse de 8 mois. D. R 5 janvier. Tête en bas engagée, dos à gauche, enfant vivant

22 septembre, prélèvement intra-cervical et intra-urétral. Au spéculum : vaginite assez marquée et cervicite. Goutte purulente à l'urèthre. Gonocoque très abondant dans le col et dans l'urèthre. La gono-réaction n'a pu être faite.

Le 25 septembre à 1 heure. Début du travail. A 9 heures, dilatation 1 fr.; rupture précoce de la poche des eaux. A 12 h. 30, dilatation 5 fr.

A 14 heures, accouchement spontané, fille vivante, 2.950 grammes.

A 14 h. 40, délivrance naturelle complète. Placenta 660 gr. Suites de couches absolument apyrétiques.

Le 2^e jour, conjonctivite de l'œil gauche de l'enfant guérie par des instillations de nitrate d'argent.

4^e jour, fond utérin sensiblement à l'ombilic. Lochies normales. 7^e jour, subinvolution très nette. Lochies assez abondantes, glace sur le ventre et Gynergène. 8^e jour, prélèvement intra-cervical et urétral : *présence de nombreux diplocoques Gram 0*. 10^e jour : utérus très involué, 11^e jour, la malade quitte le service. A ce moment, les lochies sont légèrement purulentes, involution normale. Une nouvelle gono-réaction pratiquée est négative.

Revue à la consultation le 12 octobre, se plaint de douleurs dans le côté gauche. Au toucher on sent une masse annexielle assez douloureuse. Pertes jaunes verdâtres abondantes. Traitée par une double série de vaccin anti-gonococcique, grosse amélioration consécutive.

Le 17 octobre, l'enfant fait une vulvovaginite assez intense traitée et guérie par du bouillon-vaccin anti-gonococcique

OBSERVATION XXXVIII

Vaginite granuleuse. Perles jaunes verdâtres abondantes. Pas de gonocoque intra-cervical. Gonocque douloureux dans l'urèthre. Gono-réaction négative.

Mme V... Germaine, 18 ans, 1^{re} pare, est vue à la consultation le 22 septembre.

A. P. — Réglée à 13 ans toujours régulièrement. N'a pas eu de pertes blanches étant jeune fille.

Depuis sa grossesse a des pertes jaunâtres assez abondantes, d'odeur assez forte s'accompagnant d'un peu de brûlures aux mictions.

A l'examen, grossesse de 7 mois et demi environ.

D. R. 28 janvier H. U. : 28 cm., tête en bas fixée, dos à gauche; enfant vivant.

Au toucher, vaginite granuleuse. Au spéculum, cervicite, pertes jaunâtres assez abondantes.

Prélèvement intracervical. Absence de gonocoque. Dans l'urèthre on trouve quelques diplocoques Gram négatif n'ayant pas l'aspect morphologique du gonocoque. Gono-réaction négative.

N'a pas été revue après l'accouchement.

OBSERVATION XXXIX

Cervicite pendant la grossesse. Absence de gonocoque avant et après l'accouchement. Légère poussée subfébrile le 3^e et le 4^e jour. Lochies et involution normales. Gono-réaction négative.

Mme F..., Germaine, 24 ans, 5^e geste, entre au dortoir le 22 septembre 1928.

Réglée à 16 ans et demi.

A eu 3 grossesses à termes. Suites de couches normales. 1 fausse-couche de 3 mois et demi.

A des pertes blanches depuis la grossesse actuelle. Les pertes sont devenues plus abondantes, jaunes verdâtres ces derniers mois. Brûlures aux mictions. Quelques douleurs dans le bas-ventre.

Rien de spécial à noter à l'examen obstétrical.

Au spéculum : cervicite assez marquée. Prélèvements et gono-réaction négatifs.

Admise à la salle de travail le 11 octobre à 4 heures 30.

Examen d'entrée : Dilatation 2 fr. Membranes intactes, tête engagée, dos à gauche. Auscultation positive.

8 h. 40, dilatation complète. Rupture spontanée de la poche des eaux.

8 h. 45, *accouchement* spontané, garçon vivant, 3700 gr.

9 h. 15, délivrance naturelle complète. Placenta 650 gr.

Légère poussée subfébrile à 38° le 3^e et le 4^e jour des suites de couches. Lochies et involution normales.

Prélèvement intra-cervical négatif le 8^e jour. Gono-réaction négative.

OBSERVATION XL

Pertes verdâtres depuis le 4^e mois. Pyélonéphrite au 7^e mois.

Pas de gonocoque avant et après l'accouchement. Suite de couches légèrement subfébriles. Lochies normales. Subinvolution utérine.

Mme P... Marie-Thérèse, 20 ans, 1^{re} pare, entre à la Maternité le 19 septembre pour pyélonéphrite.

A. P. — Régulée à 14 ans, a toujours eu, dit-elle, beaucoup de pertes blanches. A continué à perdre en blanc pendant la gestation actuelle. Mais depuis le 4^e mois, pertes plus verdâtres, plus épaisses obligeant la malade à se garnir fréquemment. Pas de brûlures aux mictions.

A son entrée à l'hôpital, signes de pyélonéphrite droite. Urines troubles et purulentes. Leur examen bactériologique

décèle une pyurie légère avec bacillurie considérable. A la culture : bacille Gram 0 Type coli. Par-ailleurs, grossesse de 7 mois et demi normale.

Hospitalisée pendant 4 jours. Traitée par des pilules de Collargol. Améliorée. Prélèvement le 22 septembre : signes de cervicite. Absence de gonocoque intra-cervical et urétral. Gono-réaction négative.

Revient à la Maternité le 17 octobre 1928 à 23 heures. *Examen d'entrée* : grossesse à terme. D. R. 18 janvier. H. U. 35 cm. Tête en bas fixée, dos à droite, enfant vivant, dilatation 0 fr. 50. Membranes intactes. Urines normales.

Le 18 à 7 h. 30, dilatation grande paume, rupture artificielle de la poche des eaux. La tête descend. A 8 h., dilatation complète. La femme refuse de pousser.

A 11 h. 30 : application de forceps pour non-progression de la tête fœtale. Garçon vivant pesant 3.780 gr. 12 h. 15, délivrance naturelle complète.

Suites de couches subfébriles les premiers jours.

Température après l'accouchement, 38°4. 2^e jour : température 37°2 le matin et 37°8 le soir. 3^e jour, température 38° m.; 38°6 s.; 4^e jour 37°4 m.; 38°4 le soir.

Le 5^e jour le fond utérin est encore à mi-distance entre l'ombilic et la symphyse. Glace sur le ventre et Gynergène. A dater de ce jour, apyrexie complète jusqu'à la fin.

Septième jour, prélèvement intra-cervical négatif. On trouve dans l'urèthre quelques diplocoques grêles Gram 0 mais n'ayant pas l'aspect morphologique du gonocoque.

Le 10^e jour : de nouveaux examens sont encore négatifs. Lochies normales pas de température; la malade part le 11^e jour. Utérus subinvolué.

OBSERVATION XLI

Cystite à 2 mois. Bartholinite à 4 mois et demi. Cervicite et vaginite. Absence de gonocoque pendant la gestation et dans le

post-partum. Gono-réaction positive à 6 mois et demi; négative après l'accouchement. Suites de couches normales.

Mme M... Lucienne, 22 ans, 1^{re} pare, vient à la consultation

A. P. — Réglée à 13 ans, toujours régulièrement.

Depuis ses premiers rapports, pertes jaunâtres assez abondantes tachant fortement le linge, avec brûlures aux mictions.

Enceinte aussitôt, aurait fait de la cystite à 2 mois. Soignée chez elle. A 4 mois et demi bartholinite incisée en ville.

Actuellement (21 septembre) on se trouve en présence d'une femme ayant une grossesse normale de 6 mois et demi.

Au spéculum : vaginite assez intense, cervicite assez accusée; on ne trouve pas de gonocoque dans le col et dans l'urèthre. La gono-réaction se montre positive.

Accouchée en ville chez une sage-femme agréée. Renseignements fournis : accouchement normal : garçon vivant 2.200 gr. Placenta 400 gr. Durée du travail 12 heures.

Suites de couches normales; pas de température.

Revue le 11^e jour à la consultation : utérus subinvolué en rétroversion complète. Au spéculum légère vaginite. Lochies tarries. Pas de brûlures aux mictions. Prélèvements et gono-réaction négatifs.

OBSERVATION XLII

Cervicite pendant la gestation. Suites de couches normales.

Absence de gonocoque. Gono-réaction négative.

Mme G... Raymonde, 26 ans, 6^e pare, entre à l'hôpital au terme de sa grossesse, le 27 septembre 1928. D. R. Janvier.

A. P. — Réglée à 14 ans et demi assez irrégulièrement. Il y a 3 ans, épisode pulmonaire avec petites hémoptysies. Recherche du bacille de Koch négative.

A eu 5 grossesses menées à terme. A toujours eu des suites de couches normales. Bartholinite à la 1^{re} et à la 3^e gestation.

A chaque grossesse, pertes blanches très abondantes apparues depuis la 1^{re} gestation. Très abondantes à la grossesse actuelle, surtout dans les deux derniers mois, avec brûlures aux mictions. Quelques douleurs dans le bas-ventre.

Son mari aurait été soigné à l'Hôpital Broca pour blennorrhagie.

Actuellement : grossesse de 9 mois, tête en bas engagée, dos à droite, enfant vivant.

Le 29 septembre, prélèvement intra-cervical, cervicite avec pertes verdâtres très abondantes. Pas de gonocoque à l'examen direct. Gono-réaction négative.

Passée à la salle de travail le 5 octobre à 22 heures. A ce moment, dilatation 2 fr., membranes intactes. Le 6, à 0 h. 30, dilatation complète, rupture artificielle des membranes.

A 0 h. 45 : accouchement spontané, enfant vivant 3.250 gr.

A 1 h. 15, délivrance naturelle complète. Placenta 480 gr.

Suites de couches normales. Lochies et involution normales.

Des prélèvements ont été faits le 4^e jour et le 8^e jour : absence de gonocoque dans le col et dans l'urèthre. Le 12^e jour la malade quitte le service.

OBSERVATION XLIII

Végétations vulvaires. Cervicite. Pas de gonocoque avant et après l'accouchement. Gono-réaction négative. Rupture prématurée des membranes. Forceps. Suites de couches normales.

Mme C... Gabrielle, 20 ans, 1^{re} pare, entre à l'hôpital le 24 septembre au terme de sa grossesse.

A. P. — Régliée à 14 ans et demi, mariée à 19 ans, a des pertes blanches depuis le début de sa grossesse. Particulièrement abondantes, ces deux derniers mois, pertes jaunes

verdâtres, gluantes, tachant le linge. Pas de brûlures aux mictions.

Examen obstétrical : grossesse à terme. D. R. 25 décembre 1927. Tête en bas mobile. Dos à gauche, enfant vivant. Urines normales. Ce qui frappe à l'examen c'est la présence de nombreuses végétations vulvaires. Au spéculum pertes jaunâtres abondantes, cervicite, absence de gonocoque dans le col et dans l'uréthre. Gono-réaction négative.

Le 3 octobre, à 11 heures, rupture prématurée de la poche des eaux.

A 23 heures, examen : tête en bas, mobile, débordant légèrement, col fermé, promontoire inaccessible.

4 octobre : à 3 heures l'écoulement du liquide amniotique continue. Tête au même niveau. Auscultation positive. Température 37°2.

A 11 heure, même diagnostic.

16 h. 45, col fermé. Tête au même niveau. Pas de douleur.

18 heures, quelques contractions surviennent régulièrement toutes les 20 minutes environ.

20 h. 30, tête fixée ayant tendance à s'engager. Col fermé. Bruits du cœur bons.

Toute la nuit, contractions régulières, survenant toutes les 10 minutes environ.

5 octobre à 6 heures : dilatation 0 fr. 50. Tête à la partie haute de l'excavation.

9 h. 30, dilatation grande paume, tête à la partie moyenne; bruits du cœur bons. 10 heures, dilatation complète. La femme pousse.

10 h. 30, les bruits du cœur se ralentissent, puis redeviennent meilleurs. Contractions déficientes : 2 cc. hypophyse.

11 heures, aucune progression de la tête qui est à la partie moyenne de l'excavation. Forceps sur sommet en OIGA. Garçon vivant, 2.870 gr.

11 h. 20, délivrance naturelle complète. Placenta 450. gr.

Suites de couches apyrétiques. Lochies normales. Involution normale le 11^e jour.

La gono-réaction a été négative le 4^e, le 8^e et le 11^e jour. Un prélèvement au 8^e jour a été négatif.

OBSERVATION XLIV

Publiée in-extenso, page 36).

OBSERVATION XLV

Bartholinite incisée au 7^e mois. Prélèvement et gono-réaction négatifs pendant la gestation et après l'accouchement. Suites de couches normales.

Mme P... Georgette, 28 ans, 5^e pare, vient à la consultation parce qu'elle souffre d'une bartholinite.

4 grossesses antérieures.

1^{re} grossesse : en 1918, à terme, 8 jours après l'accouchement fait une bartholinite du côté droit, non traitée.

2^e grossesse : en 1920, accouchement prématuré à 6 mois et demi. 2 jumeaux mort-nés. Suites de couches normales. Pendant la grossesse, la bartholinite augmente de volume.

3^e grossesse en 1922, à terme, suites de couches normales. A cette grossesse la bartholinite grossit encore, mais n'est pas incisée.

4^e grossesse, en 1927, à terme, suites normales. La bartholinite a été incisée à 7 mois et demi.

5^e grossesse : actuelle.

Depuis le début, la bartholinite a augmenté rapidement de volume pour atteindre aujourd'hui (7 mois et demi) celui d'un poing d'enfant. Cette tumeur s'accompagne de signes fonctionnels accentués depuis ces derniers temps : lourdeur, pesanteur, gêne à la marche.

A l'inspection, tuméfaction énorme de la grande lèvre

droite. Peau légèrement violacée, palpation douloureuse. Léger œdème vulvaire.

La malade est adressée à la consultation de chirurgie. Incision de l'abcès. Pas d'exérèse de la glande. Guérison rapide après l'intervention.

Rien à signaler au point de vue obstétrical. La malade se plaint seulement d'avoir beaucoup de pertes blanches, parfois jaunâtres et tachant le linge.

Brûlures aux mictions. Les signes de leucorrhée remontent à la première grossesse mais toujours avec une recrudescence marquée à chaque gestation.

Prélèvement et gono-réaction pendant la gestation négatifs.

Admise à la salle de travail le 14 décembre 1928, à 15 h. 30.

Examen d'entrée : sommet engagé. Dos à droite. Dilatation 2 fr. enfant vivant.

A 19 h. 15, accouchement spontané; garçon vivant, 3.800 gr. Durée du travail 3 h. 15. A 20 heures, délivrance naturelle complète. Placenta 650 gr.

Suites de couches normales. Lochies et involution normales. Prélèvements et gono-réaction négatifs le 8^e jour. Wassermann négatif. La malade quitte le service le 10^e jour.

CONCLUSIONS

I° La gestation, surtout dans les deux ou trois derniers mois, aggrave les manifestations blennorragiques.

II° Si la blennorragie favorise parfois le décollement de l'œuf à ses premiers stades, elle semble avoir une influence nocive moins évidente au point de vue de la gestation dans sa deuxième moitié et de la parturition elle-même.

III° Par contre, son influence est sensiblement plus marquée sur les *suites de couches immédiates*.

A cet égard nous pouvons diviser les malades blennorragiques que nous avons étudiées en trois catégories :

a) 57 % environ d'entre elles ont eu un puerpérium tout à fait normal.

b) 30,9 % ont eu des suites de couches subfébriles ou plus franchement fébriles. Ces poussées thermiques coexistent généralement avec une endométrite gonococcique qui s'accompagne très souvent de purulence des lochies et d'un léger degré de subinvolution utérine.

c) 12 % enfin ont fait des complications plus graves (salpingites ou arthrites) pouvant entraîner des atteintes fonctionnelles parfois définitives.

IV° Le diagnostic clinique de la blennorrhagie doit être confirmé par les méthodes de Laboratoire : *recherche du gonocoque par l'examen direct, culture avec identification du germe, étude des réactions humorales.*

Ces dernières n'apportent d'ailleurs qu'un faible concours au diagnostic, car les résultats de la *gonoréaction*, comme ceux des autres réactions sérologiques (Bordet-Wassermann) chez la femme en état de gestation se traduisent par un *pourcentage de réactions négatives plus élevé qu'en dehors de la gravidité.*

V° La *vaccinothérapie* donne de très intéressants résultats dans le traitement des manifestations graves de la blennorrhagie puerpérale. Elle est bien tolérée par la femme en état de gestation, même en utilisant les vaccins à forte concentration, 60 à 100 milliards de germes par cc., que nous préconisons.

VI° La *sérolthérapie* intra-articulaire, associée à la sérothérapie générale par voie intra-musculaire et surtout intra-veineuse constitue le traitement de choix des arthrites à épanchement purulent avec état général sérieusement atteint.

Vu : Le Doyen

H. ROGER.

Vu : Le Président

COUVELA-RE

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

I. — Gonococcie et grossesse.

- Audebert.** — Gonococcie et puerpéralité (*Ann. Gyn. et Obst.*)
juin 1903.
- Bar.** — Rhumatisme bl. et puerpéralité (*P. M.*), Paris, 1895,
469-471.
- Bégouin.** — Deux cas d'arthrite bl. de la grossesse (*Gaz.
hebd. sc. méd. Bordeaux*), 1897.
- Bœda.** — De la pyélonéphrite chez les femmes enceintes
(*Thèse Paris*), 1920.
- Bodnar.** — Gonorrhœe und Wochenbett (*Archiv. für Gy-
nak.*), 1927, p. 1563.
- Browne (F. J.).** — Gonorrhea in pregnancy (*Brit. Med.*),
J. n° 2 août 1927.
- Cathelin et Grandjean.** — L'infection gonococcique et ses
complications, 1926.
- Couvelaire.** — Arthrite gonococcique au cours de la ges-
tation; guérison rapide par la sérothérapie (*Bull. Soc.
d'Obst. et Gyn.*), Paris, 1923.
— Prophylaxie de la mortalité fœtale pendant la gesta-
tion (*Paris Méd.*), déc. 1928.
- Cumston (C. G.).** — The gonorrheal puerperium (*Ann. J.
Obst.*, N.-Y., 1899)..

- Davis (E. P.).** — Gonorrhea in pregnancy and the puerperal state (*Ann. J. Obst.*, N.-Y., 1907).
- Gonorrhea in pregnancy (case) — (*Urol. et cut. Rev.*, n° déc. 1926).
- Dujol (J. H. G.).** — Diagnostic bactériologique et clinique de la gonococcie puerpérale : influence sur le puerpérium immédiat (*Thèse* Lyon, 1913).
- Fabre et Dujol.** — Diagnostic de la gonococcie puerpérale par les moyens de laboratoire (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1904).
- Influence de la gonococcie sur le puerpérium immédiat (*Ibid.*, p. 200-203).
- Fruhinsolz.** — De la blennorragie dans ses rapports avec la grossesse et la puerpéralité (*Thèse* Nancy, 1901-1902).
- Du rôle du gonocoque au cours de la grossesse et de la puerpéralité (*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, Paris, 1902..
- Fresney.** — Contribution à l'étude du rhumatisme blennorragique compliquant l'état puerpéral (*Thèse* Paris, 1921).
- Giscard (J. B.).** — Contribution au diagnostic de guérison de la blennorragie (*Thèse* Toulouse), 1923.
- Gory et Jaubert.** — La spermoculture (*J. Urol.*, avril 1928).
- Heyn.** — Estimation of acidity of vaginal secretion in cervical gonorrhea (*München. Med. Wchnschr.*, 74 juin 1927).
- Hussey (A. A.).** — The gonococcus in the puerperium (*Am. J. Surgery.*, N.-Y., 1911).
- Judd (C. H.).** — Gonorrhea in pregnancy and the puerperium (*J. Mich. M. Soc. Grand Rapids*, 1916).
- King James.** — Influence du gonocoque sur le puerpérium (*Am. J. of. Obst.*, fév. 1912..
- Langeron et Delcour.** — La coxite gonococcique (*P. M.*, janvier 1928).

- Lévy-Solal, Misrachi et Solomon.** — Contribution à l'étude de la pathogénie des pyélonéphrites gravidiques (*P. M.*, mai 1927).
- Longaker (D.).** — Gonorrhea in its relation to puerperal morbidity (*St.-Louis M. Rev.*), 1910.
- Mac Donald (E.).** — Latent gonorrhea with special relation to the puerperal state (*Edin. Med. Journ.*, juin 1873).
- Martin.** — De la gonorrhée dans les suites de couches (*Berlin Klin Woch*, 1904).
- Mayer.** — Gonococcie et puerpéralité (*Monatssch. für Geb. und Gyn.*), juin 1906.
- Mondor.** — Les arthrites gonococciques (Masson éditeur).
- Paraf (J.).** — La sérothérapie antigonococcique (*Thèse Paris*, 1919-1920).
- Pousson (P. H.).** — Contribution à l'étude de la septicémie puerpérale gonococcique (*Thèse Paris*, 1917-18).
- Smith.** — Severe puerperal sepsis, due to gonococcus infection (*Cleveland M. J.*, 1911).
- Tempé (G.).** — Les facteurs accessoires de la croissance dans la culture du gonocoque (*Thèse Strasbourg*, 1926).

II. — La Gono-Réaction.

- Cherry (Th.) et Di Palma (S.).** — The diagnosis of chronic genital gonorrhea in the female; with special reference to cutaneous and complement fixation tests (*J. Am. M. Ass*, Chicago, 1921).
- Clowes et James Gardner.** — Réaction de la déviation spécifique du complément dans la blennorragie. Sa valeur comme aide de diagnostic clinique (*N. Y. Med.*, octobre 1912).
- Dixon et Priestley.** — The value of the complement fixation test in gonococcal infection (*The Lancet*, nov. 1919).

- Dombray (P.).** — Diagnostic biologique de la gonococcie. Méthode de culture, de fixation de l'alexine, de précipitation (*Thèse Nancy*, 1926-27).
- Gauran (M.).** — La réaction de fixation du complément dans les affections à gonocoques. Technique sérologique. (Paris, 1923).
- Iaskolko (S.).** — La réaction de fixation du complément dans la blennorragie chez l'homme; sa nature et sa technique (*Journ. d'Urol. Med. et Chir.*, septembre 1926).
- Irons et Nicoll.** — Complement fixation in the diagnosis gonococcal infections (*J. of. Inf. Diseases*, Chicago, 1915).
- Jausion (H.), Meersseman (F.), Pecker (A.).** — La gonoréaction chez les blennorragiens (*Paris Médical*, juin 1927).
- Jausion et Diot.** — La gono-réaction de Rubinstein et Gauran. Contrôle de la thérapeutique antigonococcique et de la guérison des blennorragiens (*Société Fr. de Dermat. et de Syph.*, juillet 1926).
- Kilduffe.** — *Am. J. of Med. Sciences*, 1921.
- Lailey (W. W.) et Cruikshank (H. C.).** — Complement fixation in the diagnosis of gonorrhea in women; a preliminary report (*Surg. Gyn. et Obst.*, Chicago, 1921).
- Lacroix (A.).** — La gono-réaction. Contribution à l'étude de la déviation du complément dans la blennorragie (*Thèse Alger*, 1921).
- Lanteri (G.).** — Le prove biologiche della infeziome gonococcica : a) deviazione del complemento; b) agglutinime; c) cutireazione; d) intradermo (*Archivie ital. di dermat. Sifil, e vener.*, février 1927).
- Leven.** — Blennorragie guérie et séro-réaction (*Dermat. Wochenschr.*, décembre 1926).
- Maderna.** — La ricerca de deviazione del complemento nell'affezioni blennorragiche (*Giorn. Ital. del Mal. Vener. et del pel.*, 1919).

- Magner (N.).** — The complement fixation test in gonorrhea (*Lancet* Lond. 1920).
- Montpellier et Lacroix.** — La gono-réaction et sa valeur pratique (*Ann. des mal. vénér.*, Paris, 1921).
- Muller et Oppenheim.** — Sur la reconnaissance des anticorps dans le sérum des malades atteints d'arthrite à gonocoques (*Wien clin. Wochen.* juillet 1906).
- Osmond (T. E.).** — Complement fixation in gonorrhea; a series of 1000 test (*Lancet* Lond, 1922).
- Priestley.** — The complement fixation test in gonococcal infection and the preparation of a gonococcus antigen (*Lancet* London, mai 1919).
— Complement fixation in gonorrhea (*Lancet*, 1922).
- Rubinstein.** — Séro-diagnostic des affections à gonocoques (réaction de fixation), (*Soc. fr. de Dermat et de Syph.*, 1926).
- Rubinstein et Gauran.** — Sérodiagnostic des affections gonococciques (réaction de fixation), (*Compte rendu Soc. Biol.*, Paris, 1923).
- Schwartz et McNeil.** — Further experiences with the complement fixation test, in the diagnosis of gonococcus infection (*Am. J. of the Sc.*, déc. 1912).
- Smith et Wilson.** — *J. Immunol. Baltimore*, T. V. 1920.
- Stevens et Heppner** — *J. Am. Ass.*, 1920.
- Tulloch.** — Réaction de fixation du complément dans la blennorrhagie (*Brit. J. of Ven. Dis.*, Lond., 1925).
-

TABLE DES MATIÈRES

HISTORIQUE	15
CHAPITRE I. — Fréquence du gonocoque chez la femme enceinte	23
CHAPITRE II.	
<i>Paragraphe I.</i> — Influence de la gestation sur la blennorrhagie	25
<i>Paragraphe II.</i> — Influence de la blennorrhagie sur la gestation et l'accouchement	30
<i>Paragraphe III.</i> — Influence de la blennorrhagie sur les suites de couches	45
CHAPITRE III. — Recherches bactériologiques	63
CHAPITRE IV. — Etude de la réaction de fixation du com- plément	79
CHAPITRE V. — Thérapeutique	93
CHAPITRE VI. — Observations	98
CONCLUSIONS	155
BIBLIOGRAPHIE	157
